

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1935 — N° 20

A PROPOS DE LA CURE DES FISTULES VESICO-VAGINALES JUXTA CERVICALES PAR UN PROCÉDÉ DE PLASTIE UTÉRINE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 22 mai 1935

PAR

ROBERT XICLUNA

Né le 25 avril 1910 à Zéralda

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX

MEMBRES DU JURY :

MM. CABANES, <i>Professeur de Clinique Gynécologique</i> ..	PRÉSIDENT
COSTANTINI, <i>Professeur de Clinique Chirurgicale</i> ..	JUGES
LOMBARD, <i>Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile et d'Orthopédie</i> ..	
FERRARI, <i>Agrégé (Chirurgie)</i> ..	

ALGER

IMPRIMERIE P. GUIAUCHAIN

1935

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1935 — N° 20

A PROPOS DE LA CURE DES FISTULES VESICO-VAGINALES JUXTA CERVICALES PAR UN PROCÉDÉ DE PLASTIE UTÉRINE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 22 mai 1935

PAR

ROBERT XICLUNA

Né le 25 avril 1910 à Zéralda

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX

MEMBRES DU JURY :

MM. CABANES, <i>Professeur de Clinique Gynécologique</i> ..	PRÉSIDENT
COSTANTINI, <i>Professeur de Clinique Chirurgicale</i>	JUGES
LOMBARD, <i>Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile et d'Orthopédie</i>	
FERRARI, <i>Agrégé (Chirurgie)</i>	

ALGER

IMPRIMERIE P. GUIAUCHAIN

1935

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN.....	MM. LEBLANC (*, †, I. Q.).
DOYEN HONORAIRE.....	HÉRAIL (*, I. Q.).
ASSESEUR.....	PINOY (*, I. Q.).

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM. AUBRY (O. *, †, I. Q.).
Clinique gynécologique	CABANES (*, †, I. Q.).
Clinique chirurgicale	COSTANTINI (*, †, I. Q.).
Botanique et matière médicale	FOURMENT (A. Q., *).
Clinique médicale et hygiène infantile	GILLOT (I. Q.).
Médecine légale	GIRAUD (O. *, †, I. Q.).
Clinique obstétricale et puériculture du 1 ^{er} âge	LAFFONT (*, †, I. Q.).
Anatomie	LEBLANC (*, †, I. Q.).
Thérapeutique	LEBON (*, †, A. Q.).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LOMBARD (*, †, I. Q.).
Chimie biologique et médicale	MAILLARD (*, I. Q.).
Pharmacie	MUSSO (I. Q.).
Microbiologie et cryptogamie	PINOY (*, I. Q.).
Pathologie général et Clinique psychiatrique	POROT (A. Q.).
Physique médicale	PORTES (*, †, I. Q.).
Anatomie pathologique	POUJOL (*, I. Q.).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées	RAYNAUD (*, †, I. Q.).
Parasitologie et zoologie médicale	SENEVET (*, A. Q.).
Physiologie	TOURNADE (O. *, †, I. Q.).
Histologie et Embryologie	WEBER (*, †, I. Q.).
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	WUNSCHENDORFF (I. Q.).
Clinique ophtalmologique	N...
Hygiène, hydrologie et climatologie ..	N...

PROFESSEUR SANS CHAIRE

M. COURRIER (*, †, A. Q.), agrégé (Histologie).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ARGAUD (*, †, I. Q.).	HÉRAIL (*, I. Q.).
---------------------------	--------------------

CHARGÉS DE COURS

Clinique d'oto-rhino-laryngologie ...	M. H. ABOULKER (*, †, A. Q.).
---------------------------------------	-------------------------------

AGRÉGÉS

Médecine	MM. BENHAMOU (*, †, A. Q.).
Histologie	COURRIER (*, †, A. Q.).
Chirurgie	DUBOUCHER (I. Q.).
Accouchements	FERRARI (I. Q.).
Médecine	HOUEL (*, †, A. Q.).
Chirurgie	LACROIX (A. Q.).
Anatomie pathologique	MOGGI (*, A. Q.).
Anatomie	MONTPELLIER (I. Q.).
Chimie médicale	RIBET (*, A. Q.).
Histoire naturelle pharmaceutique ..	N...
Physiologie	N...

AGRÉGÉ LIBRE

M. BATTEZ.

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.



A MON PÈRE

A MA MÈRE

A mon Maître

MONSIEUR LE PROFESSEUR CABANES

Professeur de Clinique gynécologique

A MES JUGES

A MES MAITRES DES HOPITAUX :

Stage 1929	. . {	Monsieur le Professeur ARDIN-DELTEIL (in memoriam)
	}	Monsieur le Professeur LOMBARD
Externat 1930	. {	Monsieur le Docteur DUMOLARD
	}	Monsieur le Professeur RAYNAUD
Internat 1931	. {	Monsieur le Professeur CABANES
	}	Monsieur le Professeur Agrégé BENHAMOU
Internat 1932	. {	Monsieur le Professeur COSTANTINI
	}	Monsieur le Professeur LOMBARD
Internat 1933	. {	Monsieur le Professeur LAFFONT
	}	Monsieur le Professeur COSTANTINI
Internat 1934	. {	Monsieur le Professeur LOMBARD
Internat 1935	. {	Monsieur le Professeur CABANES

A MES AMIS

INTRODUCTION

Les fistules vésico-vaginales juxta-cervicales dont l'origine obstétricale reconnaissait, autrefois en France la presque totalité des cas, y sont devenues très rares depuis les progrès réalisés dans l'art des accouchements, en particulier par la diminution de la durée du travail et les progrès de la thérapeutique des viciations pelviennes.

L'éducation des médecins, des sages-femmes et du public enfin, a aussi fait son œuvre. Il n'en est pas de même en Afrique du Nord, où ces fistules sont encore une complication assez fréquente de l'accouchement chez les femmes indigènes. Les pratiques complexes et laborieuses des matrones indigènes viennent aggraver en effet les accouchements dystociques et amènent de graves lésions dont les fistules sont les plus bénignes.

Et non seulement ces fistules vont laisser une infirmité grave par les troubles fonctionnels qu'elles conditionnent, mais encore la situation sociale déjà précaire de ces femmes indigènes sera compromise par la répudiation.

C'est pourquoi, dans ce pays, plus qu'ailleurs, il ne faut pas arriver à considérer la fistule comme incurable; ou contraindre la femme indigène d'accepter une de ces tristes opérations palliatives, colpocleisis ou épisiorraphie, qui la retranchera à jamais de son sexe.

Si les procédés de cure des fistules vésico-vaginales basses sont actuellement à peu près au point et donnent de bons résultats thérapeutiques à l'aide de techniques simples, il n'en est pas de même de la variété haute juxta-cervicale; celles-ci, de tout temps, ont été graves, du fait des lésions associées vagino-vésico utérines qu'elles entraînent.

D'autre part, la hauteur de leur siège, dans un vagin remanié par les lésions et les échecs opératoires, a rendu leur accès et leur cure difficile et plus que pour toute autre fistule a fait imaginer bon nombre de voies d'abord et de techniques différentes de réparation.

Les fistules vésico-vaginales juxta-cervicales, peut-être parce qu'elles sont un des chapitres de la chirurgie où la technique tient la plus grande place, ont fait couler beaucoup d'encre.

De nombreuses techniques opératoires ont été proposées par les chirurgiens qui se sont efforcé de vaincre cette grave et pénible infirmité. Leur nombre ne fait que rendre compte de leur imperfection.

Il est d'ailleurs, à l'heure actuelle, et même avec le recul du temps, difficile de juger exactement de la valeur des procédés employés; car, du fait de la moindre fréquence de ces fistules et de leur polymorphisme lésionel, chaque procédé ne s'appuie que sur un petit nombre d'observations, quelquefois même, une seule.

Des méthodes nouvelles ont été employées pour obtenir de meilleurs résultats.

Mais il est à remarquer que la thérapeutique employée ne pouvait bénéficier que faiblement des progrès apportés par l'asepsie ; le manque d'étoffe pour réparer la perte de substance étant, dans les fistules qui nous occupent, la cause la plus générale de l'insuccès opératoire.

Les premiers chirurgiens qui s'attaquèrent à la réparation de ces fistules juxta-cervicales l'avaient vu et c'est pourquoi leur ingéniosité pour trouver de nouveaux procédés n'a pas été dépassée actuellement.

Les méthodes qui empruntent la voie haute sont actuellement assez discutées, et certains, avec J.-L. FAURE, leur préfèrent la voie vaginale. Ouvrir en effet une vessie souvent infectée et rétractée, pour n'être pas sûr d'obturer de larges fistules, présente un certain facteur de gravité.

Au contraire, les anciens procédés qui ont recours à la voie vaginale n'ont pas cette gravité et leur seul inconvénient est d'échouer quelquefois.

Aussi, aujourd'hui, on discute encore sur les voies d'accès qui ont chacune leurs partisans, et chaque année, quelques modifications aux procédés classiques sont publiées. Il n'en reste pas moins vrai que les points importants de la thérapeutique sont désormais fixés ; aussi notre intention n'est pas d'étudier la question complète de la cure des fistules vésico-vaginales, mais bien de limiter notre sujet.

Nous n'aurons en vue que de larges fistules juxta cervicales, où les procédés directs de réparation échoueraient et ne seraient pas indiqués.

Nous n'étudierons que les procédés et seulement les procédés de réparation par autoplastie utérine, procédés employés par divers auteurs avec des fortunes diverses.

Plus particulièrement nous nous attacherons à l'étude d'un procédé d'autoplastie à l'aide de l'utérus, utilisé par notre Maître, M. le Professeur CABANES, procédé qui tient de celui décrit par JOBERT DE LAMBALLE en 1849 dans son traité de chirurgie plastique.

PLAN

Notre sujet étant ainsi limité, nous indiquerons rapidement, dans un chapitre d'historique, les étapes de la chirurgie des fistules vésico-vaginales dans le but d'y situer les divers procédés d'autoplasties utérines. Ayant en vue uniquement la thérapeutique des larges fistules juxtacervicales, il nous semble logique, avant d'aborder cette étude, de revenir et d'insister sur les lésions anatomo-pathologiques que l'on rencontre, lésions qui sont la cause des difficultés opératoires et des échecs.

Ceci fait, nous envisagerons la cure de ces fistules en deux chapitres différents :

— Le premier constituera une étude critique des divers procédés d'autoplastie utérine proposés, dans la mesure toutefois où les observations publiées sur ce sujet nous le permettront ;

— Le second sera fait de l'étude proprement dite du procédé utilisé par notre Maître et des observations qui s'y rapportent.

Ainsi le travail que nous présentons sera de pure technique chirurgicale et, dans notre désir

de ne pas faire une revue générale, nous le limitons volontairement comme nous venons de l'exposer.

Sa seule originalité, nous semble-t-il, sera d'insister sur un procédé d'autoplastie qui avait été décrit, voici près d'un siècle, et que notre Maître eut le mérite de remettre en honneur en le modifiant heureusement.

HISTORIQUE

La première description des fistules vésico-vaginales fut donnée au XVI^e siècle par SEVERIN PINEAU. Elles ont dû exister dès la plus haute antiquité, mais les auteurs les plus anciens n'y font aucune allusion. FABRICIUS DE HILDEN et MAURICEAU en citèrent quelques observations et conseillèrent de les traiter par des injections toniques et des cautérisations.

AMBOISE PARÉ, en 1570, a, le premier, l'idée d'entreprendre la cure radicale de cette affection à l'aide d'un rétinaculum ; mais il renonce bientôt à l'espoir d'arriver chirurgicalement à sa guérison.

En 1663, Van ROONUYSSEN indique une technique opératoire des fistules urinaires par avivement et sutures.

En 1669, FATIO, de Bâle, et CHRIST WOLTER remettent cette idée en pratique.

Tous les essais de ce genre se soldent par des échecs ; il s'ensuit une longue période de découragement où les auteurs du XVIII^e siècle n'in-

terviennent plus et en reviennent à l'emploi d'appareils et d'expédients divers : urinal, trou d'enfer de G.-L. RETIT (1790) ; sonde à demeure dans la vessie combinée, au tamponnement permanent du vagin préconisés par DE-SAUT et CHOPART.

Au commencement du XIX^e siècle, DELPECH, DUPUYTREN et Jules CLOQUET préconisent la cautérisation; mais les fistules moyennes et les larges pertes de substance échappent complètement à cette thérapeutique.

La médiocrité de ces palliatifs incite les chirurgiens à de nouveaux tâtonnements ; de nouvelles tentatives de cure chirurgicale furent faites par LEWISKY en 1802, par NÆGELE en 1812, par LALLEMAND, VELPEAU, LAUGIER et enfin LEROY D'ETIOLLES, qui d'après Jobert de Lamballe, paraît avoir été le premier à entreprendre l'occlusion de la fistule par voie vaginale, au moyen de l'utérus.

Mais la plupart de ces interventions échouent. Il semble d'ailleurs qu'aucun de ces auteurs ne se soit préoccupé de l'importance que le siège de la fistule pouvait avoir dans la cure de cette infirmité. Seules, les fistules vésico-vaginales, basses ou moyennes, sont bien connues ; c'est seulement à la suite des descriptions de Mme de la CHAPELLE que l'on arrive à distinguer dans le groupe des fistules génitales la variété des fistules vésico-utérines. Mais elle semble méconnaître les fistules juxta-cervicales qui nous intéressent.

STOLTZ, de Strasbourg, fait une importante étude de ces fistules, mais ne parle pas de leur traitement.

En 1826, paraissent, sur les fistules génito-urinaires, les remarquables travaux de JOBERT de LAMBALLE qui, le premier, pousse l'étude anatomique de la région inter vésico-utérine et décrit les diverses variétés de fistules génito-urinaires.

Il divise plus particulièrement les fistules vésico-utérines en variétés profondes, et en variétés superficielles, qui peuvent nous intéresser au même titre que les fistules juxta cervicales pures. Le premier aussi, dès 1826, il émet l'idée que les fistules vésico-vaginales pourraient être fermées par la méthode autoplastique, comme on avait réussi à fermer l'intestin avec un lambeau épiploïque. Il décrit d'abord l'élytroplastie en 1834 ; elle échoue et il l'abandonne.

En 1839, HAYWARD, de Boston, exécute le décollement des lames vaginales et vésicales, préconisé par DIFFENBACH. Cinq ans plus tard, JOBERT de LAMBALLE invente l'autoplastie ou cystoplastie vaginale par locomotion et glissement, en insistant sur les avantages que procurent les incisions libératrices, en particulier la désinsertion du vagin au niveau du col pour diminuer la tension des tissus.

Ce procédé le rend célèbre et c'est celui qui s'est transmis jusqu'à nos jours ; JOBERT fut ainsi le promoteur et le véritable fondateur de la méthode si féconde des autoplasties.

Mais plus intéressant pour nous est le procédé que JOBERT de LAMBALLE décrit dans son traité de Chirurgie Plastique en 1849, procédé que nous mettons au premier plan, car la méthode spéciale que nous décrivons principalement dans notre étude en découle : elle consiste à

abaisser le col de l'utérus et le plaquer contre la brèche vésicale pour l'obturer; le procédé échoue.

Alors, au lieu de persévérer dans une opération si simple et si séduisante, JOBERT l'abandonne et se consacre uniquement au procédé par locomotion vaginale ou cystoplastie par glissement.

Après cette période des autoplasties, le traitement des fistules subit, des mains de MARION SIMS, un nouvel et considérable essor. Nous n'y insisterons pas. De 1842 à 1881, les procédés de l'avivement et du dédoublement par voie vaginale sont les plus couramment utilisés. En 1881, TRENDELENBURG ouvre la voie à la méthode transvésicale dont MARION se fait le champion en France. Enfin diverses autres voies d'accès sont mises à jour par BARDENHEUER, DITTEL, FORGUE.

Les autoplasties par l'utérus semblent à peu près méconnues et, dans cet ordre d'idées, il faut arriver en 1894, à MACKENRODT qui propose la technique suivante : longue incision médiane sur la paroi vaginale, s'étendant en avant et en arrière de la fistule; dédoublement de la cloison vésico-vaginale latéralement et d'avant en arrière, presque jusqu'au pli vésico-utérin. Après mise à nu de toute la base de la vessie, MACKENRODT mobilise celle-ci, suture la perte de substance, abaisse l'utérus, et si c'est nécessaire l'utilise pour obturer la perforation.

En 1895, FREUND se sert, pour oblitérer de larges fistules, du corps utérin basculé dans le vagin avec perforation du fond pour laisser écouler les règles. En 1897 enfin, QUÉNU, qui avait eu connaissance du procédé cité plus haut, employé par JOBERT de LAMBALLE, l'essaye ;

mais dans l'impossibilité de le pratiquer, il imagine une modification et emploie un lambeau de col utérin pour fermer la fistule.

Quelques années avant la guerre, KUSTNER publie une série d'observations de fistules cervico-vésicales guéries par un procédé qu'il décrit sous le nom de « plastische verwendung der portio supra-vaginalis » et dans lequel il se sert du col séparé de la vessie pour obturer la brèche, après avoir abaissé l'utérus au maximum. Ce procédé semble dériver entièrement de celui de JOBERT de LAMBALLE. Un peu plus tard, cette technique est quelque peu modifiée par FUTH, de Cologne.

Récemment, FRANK, en 1915 et DOWMANN en 1920, utilisent des opérations combinées où la réparation de la perte de substance est faite à l'aide de l'utérus. Plus récemment encore, MARION emploie un procédé qui n'est pas, à proprement parlé, une autoplastie utérine, mais où la face antérieure de l'utérus abaissée concourt à protéger un lambeau vaginal pré-urethral, disséqué, retourné et fixé auparavant à la fistule.

Nous avons laissé de côté les opérations palliatives pratiquées dans le cas de larges fistules. Nous n'insisterons que sur celles utilisant, pour l'oblitération de la fistule, la lèvre postérieure du col utérin, en général peu altérée. Cette incarceration du col utérin dans la vessie, appelée par POZZI, « hystero-cléïsis-vésicale », fut largement utilisée autrefois par GOBERT et COURTUY.

Telles sont les diverses étapes que subit la méthode des autoplasties faites à l'aide de l'utérus et leur place dans l'histoire de la cure des fistules vésico-vaginales.

Les lésions anatomiques

dans les fistules juxta-cervicales

On peut admettre avec MICHAUX que les fistules du tiers supérieur de la cloison vésico-vaginale ou fistules hautes correspondent au bas fond vésical. Ces fistules sont dites juxta-cervicales, leur bord supérieur empiétant plus ou moins sur le col de l'utérus. Si la lèvre antérieure de ce col est détruite, mettant la vessie en communication avec la cavité cervicale largement béante, les fistules sont dites juxta cervicales profondes ou encore cervico-vésico-vaginales.

La perte de substance qui crée les fistules juxta-cervicales varie de la surface d'une pièce de 50 centimes à la destruction presque complète de la cloison vésico-vaginale, formant ainsi ce qu'on a appelé un cloaque uro-génital. C'est d'ailleurs une éventualité assez rare.

Dans toutes les observations que nous avons lues, nous n'avons noté que deux ou trois fistules doubles ; une fois seulement la fistule était

triple. Le plus souvent, la perte de substance est unique et il faut remarquer que la multiplicité n'est souvent qu'apparente ; elle est secondaire et due à un cloisonnement progressif d'une large fistule primitivement unique. Mais, pour le chirurgien, sont plus intéressantes que les constatations précédentes, celles qui relèvent de l'état anatomique des tissus environnants, ainsi que les modifications des organes voisins.

Les **lésions** changent d'aspect avec leur âge ; si la fistule est récente, les deux muqueuses vésicales et vaginales se continuent sans épaississement et ce n'est que dans les premières semaines qu'il est parfois possible d'apercevoir la muqueuse vésicale faisant hernie dans le vagin. Mais rapidement, une zone intermédiaire de tissu cicatriciel se constitue ; les bords s'indurent, se cartonnent et en général la muqueuse vaginale s'invagine du côté de la vessie, cachant la muqueuse vésicale. La muqueuse environnante s'indure aussi à la longue ; elle devient plus ou moins infiltrée et cette infiltration s'étend de façon variable. Ici aussi l'âge des lésions intervient et cette infiltration relève surtout de son ancienneté, de la durée des phénomènes infectieux ; enfin l'état antérieur des tissus joue naturellement un rôle important.

De cette modification de la cloison vésico-vaginale, de son importance, dépendent pour une bonne part les chances de succès de l'intervention.

Le **vagin** présente le plus souvent des brides et des diverticules au fond desquels, à la faveur de la stagnation de l'urine, des dépôts uratiques peuvent se former. La lésion la plus constante est la sclérose plus ou moins importante du con-

duit vaginal. Enfin, assez souvent, à ces lésions s'en surajoutent d'autres qui sont d'origine purement obstétricale : déchirures, éclatements partiels, cicatrices, au niveau des culs de sac vaginaux.

Leur réparation spontanée, l'intervention thérapeutique, conditionnent les rétrécissements, les cloisonnements qui peuvent aller jusqu'à empêcher absolument l'abord de la fistule par la voie naturelle.

La vessie présente des altérations importantes. Son volume est assez rapidement diminué ; sa capacité est réduite de façon constante. L'infection est très fréquente et relativement précoce. Dans les trois cas qui nous sont personnels, les urines ont été troubles et nous notons ce caractère dans la plupart des observations relatives aux fistules juxta-cervicales et vésico-cervicales.

La cystoscopie n'est malheureusement pas possible ; il faut en effet que la vessie garde une certaine continence et que les phénomènes infectieux ne soient pas très marqués. Cette exploration endoscopique n'a pas été pratiquée chez nos trois malades, mais classiquement on observe une rougeur diffuse avec hémorragie sous-muqueuse ainsi que de l'infiltration autour du cratère, lequel d'ailleurs est souvent invisible, caché par un bourgeon charnu. Dans la vessie quelquefois on trouve des calculs et des dépôts.

Il est important de remarquer que, dans les fistules juxta cervicales d'origine obstétricale, les orifices urétéraux sont relativement moins touchés et plus loin de la lésion que dans le cas de fistules vésico vaginales post opératoires.

Signalons enfin que l'infection ascendante, qui n'est pas très fréquente, est toujours tardive.

Le **col utérin** peut n'offrir, pendant longtemps, que très peu de modifications : rougeur et induration. Mais bientôt une métrite cervicale apparaît avec tous ses symptômes. L'infection est favorisée par l'irritation continuelle de l'urine. Quelquefois, la lèvre antérieure est très touchée, l'altération du museau de tanche est parfois considérable, le col peut être détruit plus ou moins complètement. Dans un cas, POZZI a observé un col qui était dur, bosselé, augmenté de volume, avec des ulcérations taillées à pic, en un mot qui avait presque l'aspect d'une lésion de nature maligne.



De cette étude rapide, deux notions importantes sont à retenir :

D'une part, **l'infirmité grave** qui résulte des lésions anatomiques, infirmité d'ailleurs qui n'est par particulière aux fistules juxta-cervicales mais bien le fait de toutes les fistules uro-génitales, et sur laquelle nous n'insisterons pas.

D'autre part, **l'importance des remaniements** subis par les parois vésico-vagino-utérines. Ces remaniements, en effet, font obstacle à la voie naturelle vaginale et sont la cause des échecs opératoires ; aussi nous comprenons l'importance des soins pré-opératoires destinés à combattre ces remaniements dans la mesure du possible et nous ne sommes pas étonnés de la multiplicité des procédés utilisés.

PREMIÈRE PARTIE

Les différents procédés d'autoplastie utérine

Les difficultés considérables qui surgissent lorsqu'il s'agit, pour le chirurgien, d'oblitérer une fistule vésico-vaginale juxta-cervicale, ont fait que bien des méthodes pour accéder à la lésion et pour la traiter, ont vu le jour avant que l'une d'elles, longuement étudiée et minutieusement réglée, n'aie fait indiscutablement ses preuves. Ces difficultés, rappelons-le encore, sont dues au rétrécissement du vagin par des brides, à l'induration du bas-fond de la vessie, souvent à la destruction de la lèvre antérieure du col utérin. Ces difficultés nécessitent des interventions plus larges, mais qui reposent toujours sur deux méthodes :

1° La méthode du dédoublement.

2° La méthode du clivage utéro-vésical très étendu ; en un mot, sur un glissement, une locomotion de la vessie ou de l'utérus assez large pour obtenir suffisamment d'étoffe sur la vessie afin qu'elle répare elle-même sa propre perte de substance.

En définitive, toutes les méthodes utilisées reposent sur une dissection très poussée de la cloi-

son vésico-utérine, comme l'avait pratiquée JOBERT de LAMBALLE.

On peut déjà classer les différents procédés d'autoplastie utérine en deux séries.

Dans l'une, on a recours au col utérin pour obturer la brèche vésicale ou à un lambeau de ce col pour remplacer la paroi vaginale.

Dans l'autre, l'utérus n'est plaqué contre la fistule qu'après interposition et vagino-fixation. Cette méthode emploie les faces antérieures et postérieures du corps pour boucher la fistule vésicale.

Ainsi, nous diviserons les différents procédés de la manière suivante :

- | | | |
|----------------------------------|---|--|
| A. Les procédés utilisant | { | JOBERT de LAMBALLE |
| le col | | QUENU |
| | | KUSTNER |
| | | Procédé par suture de la lèvre antérieure |
| | | COURTY |
| B. Les procédés utilisant | { | MACKENRODT |
| les faces de l'utérus | | FRANCK |
| après vagino-fixation .. | | FREUND |
| | | DOWMANN |

A. -- PROCÉDÉS UTILISANT LE COL DE L'UTÉRUS

Le procédé de Jobert de Lamballe

Dans son traité de Chirurgie plastique paru en 1849, nous trouvons, au chapitre des fistules vésico-vaginales, la description du procédé suivant.

« Je crois qu'il ne serait pas sans intérêt ni sans utilité de faire connaître un procédé que j'ai mis en usage dans un cas où il existait une destruction de la cloison précisément au niveau de l'utérus.

Espérant que le col de l'utérus pourrait fermer l'ouverture accidentelle urinaire, je rendis saignante la face antérieure de cet organe, et je la mis en contact avec la fistule avivée et les maintins par la suture; mais il y eut insuccès.

Désirant m'assurer si cet insuccès ne tenait point au mode opératoire, je recommençai la même épreuve en me servant, au lieu de serre-

nœuds, de la suture à points séparés. Je ne fus pas plus heureux que la première fois et je me proposais d'avoir recours à la cystoplastie par la méthode indienne, lorsque la malade s'y refusa.

La structure de l'utérus et l'absence de tissu cellulaire m'avaient fait entrevoir ce résultat puisqu'il n'y a aucun organe dont l'organisation soit moins favorable à la disposition de la lymphe plastique, substance indispensable pour que l'agglutination des tissus divisés se fasse.

L'observation qui fait le sujet de ces réflexions est reporté eici :

* La nommée Charpentier, âgée de 21 ans, lingère d'une petite ville de Picardie, entre le 20 mai 1840, à l'Hôpital St-Louis; cette femme a accouché deux fois; à la seconde fois le travail a duré trente-trois heures; on a employé aucun instrument, aucune manœuvre; mais l'enfant avait la tête volumineuse. Quinze jours après l'accouchement, l'écoulement involontaire d'urine, dû à la chute d'une escharre, produite par la pression de la tête sur la cloison vésico-vaginale, a eu lieu. Examinée au spéculum, on trouve sur la paroi antérieure, immédiatement au-devant du col de l'utérus, une ouverture circulaire, arrondie, dans laquelle on engage l'extrémité du pouce. Cette ouverture a six lignes de diamètre. En appliquant le spéculum, on remarque que par le propre poids de l'utérus, le col de cet organe s'appuie sur la lèvre antérieure de la fistule et l'oblitére passagèrement quand la matrice est inclinée en avant. Cette disposition me donna l'idée de me servir du col comme moyen autoplastique.

Le 4 juin, je pratiquai l'opération de la manière suivante : 1^o La malade étant placée horizontale, je saisis avec les pinces de Museux le col de l'utérus et je l'abais-sai jusqu'à la vulve. En écartant les grandes et petites lèvres, on voit à découvert le museau de tanche et la fistule. Rien n'est plus facile que de placer deux fils cirrés et plats dans la lèvre antérieure, avec des aiguilles courbes et de les attirer au dehors. Je découvre tout le bord antérieur de la fistule qui est rafraîchie au ciseau et je ravive

pareillement la portion correspondante de la face antérieure du col de l'utérus qui forme le rebord postérieur de la fistule. La circonférence de cette ouverture étant ainsi convertie en une plaie saignante, je me sers d'une espèce d'instrument qui ressemble à la sonde à dard pour réunir les lèvres de la plaie. Je porte la pointe de ce dard fenêtrée d'avant en arrière dans la paroi antérieure du col utérin et enfin d'arrière en avant sans pénétrer dans la cavité utérine, toujours en embrassant une assez grande épaisseur de tissu.

2° Une fois l'extrémité du fil dégagée, je passe l'extrémité libre dans la lèvre antérieure, de dedans en dehors, ou de la vessie dans le vagin. Je serre les fils. La pince de Museux retirée, le col utérin abandonné à lui-même remonte à sa place et entraîne avec lui les serre-nœuds. Sonde dans la vessie, repos absolu. Jusqu'au 5^e jour, la malade n'a pas senti l'urine passer par la fistule et n'a éprouvé aucun accident. Mais bientôt le fluide se charge de mucosités et la sonde est incrustée et presque oblitérée par les dépôts de matières lithiques. Le 13, la malade est mouillée, les serre-nœuds sont retirés avec les fils qui avaient coupé les tissus. »

En terminant ce chapitre, JOBERT de LAMBALLE dit en outre qu'il a appris qu'en 1835, à l'Hôpital Beaujon, M. LEROY D'ETIOLES avait pratiqué dans le service de MM. MARJOLIN et LAUGIER, le même genre d'opération qui ne fut pas suivie de succès.

JOBERT de LAMBALLE ne s'en tient pas là, et dans son traité des fistules vésico-utérines datant de 1852, étend le principe de l'autoplastie à l'aide de l'utérus au traitement des fistules vésico-utérines superficielles, fistules qui diffèrent malgré tout assez peu de certaines fistules juxta-cervicales où les lésions utérines sont très prononcées.

« Les principes du traitement des fistules vésico-vaginales, dit-il, sont établis sur les mêmes données que celles

que j'ai exposées en traitant des fistules vésico-vaginales. Mais si, au premier abord, on ne voit pas dans les applications du traitement de différences appréciables, en réalité cependant, il en existe une très grande et on le comprend vite si l'on réfléchit que dans un cas il demeure une portion de vagin insérée sur le col et que dans l'autre, il n'en existe aucune trace. Dans un cas, la vessie et le vagin servent à réparer les désordres qu'ils ont subis; dans l'autre, il faut emprunter à l'organe voisin, à l'utérus, la pièce réparatrice.

Cela étant posé, j'arrive aux procédés opératoires que j'ai introduits dans la pratique. Comme il n'existe plus dans le point où la fistule se rencontre, de vagin inséré au col, ce n'est qu'en disséquant celui-ci latéralement et en l'incisant profondément, d'avant en arrière, et en faisant concourir le col de l'utérus à la réparation autoplastique, que l'on peut refaire l'organe détruit. »

A l'égard de ce procédé, notons l'oubli dans lequel il fut plongé. En effet, dans toute la littérature consultée, que ce soient dans les thèses soutenues par les élèves de JOBERT, ou plus près de nous dans les diverses publications parues sur le traitement des fistules vésico-vaginales, il n'est fait mention que de l'élytrophastie et de la cystoplastie par glissement. Seul, QUÉNU mentionne ce procédé et se propose de le pratiquer.

Procédé de Quénu

QUÉNU voulant appliquer la technique proposée par JOBERT de LAMBALLE et se trouvant en présence d'utérus non abaissable avec fistule juxta-cervicale, a opéré suivant la technique que voici :

1° Avivement des bords de la fistule et taille d'un lambeau aux dépens du col utérin. Le col est saisi avec des pinces et abaissé autant que possible; une incision transversale est faite dans le cul de sac antérieur pour mobiliser la lèvre postérieure de la fistule. Cette fistule est avivée par la méthode du dédoublement; la paroi vésicale est séparée et soigneusement décollée du vagin. Une seconde incision est alors faite, transversalement dans la lèvre antérieure du col, de façon à tailler un lambeau, dont la face, tournée vers la fistule est avivée.

2° Suture de la paroi vésicale et fermeture de la fistule à l'aide du lambeau.

La paroi vésicale est fermée par une suture au catgut; les fils cheminent sous la face profonde de la muqueuse et l'on évite leur pénétration dans la vessie. La vessie ainsi fermée est

refoulée pour faire un deuxième plan de suture. Celui-ci unit le lambeau taillé dans le col aux bords antérieurs et latéraux de la fistule, la face avivée du lambeau comblant la perte de substance de la muqueuse vaginale et s'accolant à la paroi vésicale déjà suturée.

Le reste du col utérin peut alors être légèrement abaissé; en effet, l'incision faite dans le col pour la taille du lambeau s'entr'ouvre en forme de > et permet de venir suturer le col à la muqueuse vaginale qui borde en avant la fistule.

Les deux observations apportées par QUÉNU méritent à plus d'un titre, d'être reproduites :

OBSERVATION I

Malade de 35 ans, ayant eu 4 accouchements, dont 3 normaux, et le dernier difficile, avec plusieurs applications de forceps et céphalotripsie. La malade reste paraplégée durant cinq semaines, et trois semaines après l'accouchement, perd ses urines par le vagin.

A l'examen, on constate une vaste fistule vésico-vaginale au niveau du cul de sac antérieur. Le col utérin limite en arrière la fistule mais n'est pas intéressé; largeur de la fistule : environ 3 centimètres.

Opération (QUÉNU). — Dédoublement des bords de la fistule et décollement de la vessie après incision du cul de sac antérieur du vagin. Un lambeau est ensuite taillé dans le col utérin par une deuxième incision transversale. La muqueuse vésicale est suturée à part, et sur elle, le lambeau taillé dans le col, est à son tour suturé après avivement de sa face regardant la fistule, aux bords inférieurs et latéraux de celle-ci. Le reste du col descend, libéré par l'incision du lambeau et on peut le fixer à la muqueuse vaginale décollée en avant de la fistule. Suture au fil d'argent. Pansement avec des tampons iodoformés.

Suites opératoires. — Sondée toutes les deux heures, pendant les cinq à six premiers jours, puis toutes les quatre

heures. Pas une goutte d'urine n'apparaît par le vagin. Onze jours après l'opération, on enlève les fils. Réunion parfaite, mais on ne laisse la malade uriner toute seule que trois jours après.

OBSERVATION II

Malade de 28 ans, ayant eu 8 enfants; tous les accouchements ont été laborieux et le dernier avec une application de forceps. Enfant très gros. Depuis l'accouchement, la malade perd ses urines ;elle se lève au dixième jour, souffre en urinant. L'incontinence augmente de plus en plus, elle rentre à l'hôpital.

Examen : Bon état général, la vulve et la peau des fesses sont excoriées par l'écoulement constant de l'urine. La fistule est située à l'insertion du cul de sac antérieur sur l'utérus. Le col est gros, volumineux, et la lèvre postérieure est hypertrophiée. La perte de substance a la forme d'un orifice irrégulier, ovalaire, à grandes dimensions transversales; les bords de cet orifice ne sont pas nets mais représentés par des débris sphacelés non encore éliminés. La sonde, introduite dans la vessie, passe directement dans le vagin. La malade est gardée pendant quelque temps pour permettre aux escharres de s'éliminer. Soins vaginaux et alcalinisation des urines. Plus tard, les escharres sont tombées ; il existe une vaste fistule qui occupe toute la largeur de la paroi vaginale antérieure jusqu'au col.

Opération (le 16 Xbre 1889). — Le col est abaissé ; le cul de sac antérieur est incisé pour mobiliser la paroi postérieure de la vessie. Avivement de la fistule; dédoublement. Taille du lambeau dans le col utérin dont on avive la face qui regarde la fistule; suture de la vessie au fil de soie non pénétrant. Deuxième plan de suture fixant le lambeau utérin à la fistule. Le reste du col utérin est ensuite suturé par sept fils de soie à la muqueuse vaginale en avant de la fistule. Durée de l'intervention 1 h. 20. Suites opératoires : incidents dus à l'anesthésie. Sondée deux fois dans la journée : quelques gouttes d'urine ; les suites sont compliquées par une grippe, mais au 18^e jour après l'intervention, ablation des fils. Résultat parfait.

Procédé de Küstner

Quelques années avant la guerre, KUSTNER publie une série de fistules vésico-vaginales, juxta-cervicales et vésico-utérines superficielles, guéries par un procédé qu'il décrit sous le nom de « plastische verwedung der portio supra vaginalis ».

Ce procédé repose d'ailleurs sur une dissection très large de la cloison vésico-cervicale et se schématise ainsi :

Après saisie du col, incision circulaire avec débridements latéraux de la paroi vaginale tout autour de la fistule ; après dédoublement de la muqueuse vaginale, on poursuit derrière la fistule et par les incisions latérales le décollement de la vessie poussé jusqu'au cul de sac péritonéal vésico-utérin, qui est refoulé mais non ouvert. La vessie n'est pas suturée et par dessus, la grande incision vaginale est prise par des points de suture profonds au fil de bronze. Serrage de ces fils, reconstituant en quelque sorte un cul de sac vaginal antérieur en avant de la fistule qui se trouve de ce fait accolée à la face antérieure de la portion sus-vaginale du col utérin.

En 1910, KUSTNER a publié cinquante cas où ce procédé était utilisé et qui ne comprenait que

cinq échecs. En 1925, GARFUNKEL publie un article à propos de cette technique et une nouvelle série d'interventions; mais nous n'avons pu nous le procurer.

Dans la littérature française, parmi les compte-rendus des interventions pratiquées pour fistules vésico-vaginales dans le service de gynécologie de la Faculté de Strasbourg et rapportés dans la thèse de PINSAN, nous trouvons trace d'une opération faite par SCHIKELÉ à l'aide du procédé de KUSTNER. Observation que nous reproduisons :

« S. M..., 36 ans. En novembre 1925, accouchement laborieux à domicile, terminé par forceps. Enfant mort. Pendant trois semaines, suites fébriles, nombreux frissons, ventre très ballonné et, trois jours après l'accouchement, incontinence d'urine qui persiste depuis, attribué par son médecin à la paralysie vésicale.

Examen : Montre un utérus en position intermédiaire bien évolué. Au spéculum, la lèvre antérieure semble avoir disparu, remplacée par une cicatrice fibreuse irrégulière portant une fistule. En attirant la lèvre postérieure avec une pince, apparaît alors la lèvre antérieure en grande partie intacte et au-dessus de laquelle se trouve l'abouchement de la fistule, large de près d'un centimètre de diamètre. Les urines sont claires.

Opération le 1^{er} avril 1926 (SCHIKELÉ). — Anesthésie rachidienne. Incision transversale du vagin au-dessus de la fistule, en poursuivant cette incision circulairement autour du col. On arrive à mobiliser largement l'utérus et à séparer complètement la vessie du col; le péritoine vésico-utérin n'a pas été ouvert. L'orifice vésical n'est pas suturé, mais fixé au col. La grande incision vaginale est prise par de larges sutures au fil d'argent. Sonde à demeure. Tampon vaginal.

Suites opératoires : très simples. Le 9, la sonde est retirée le jour et définitivement le jour qui suit. Les fils ont été enlevés. Excellent aspect de la cicatrice; les mixtions

sont peu douloureuses, mais très fréquentes. La cystite est traitée par les moyens habituels. Guérison le 20, maintenue trois mois après. »

Il nous semble que cette technique est possible d'un gros reproche : le manque de suture de la brèche vésicale. Le grand décollement de la paroi vésico-utérine et vaginale, en effet, permet de toujours obturer suffisamment la vessie pour fermer la brèche, surtout, comme dans le cas cité plus haut, où la fistule n'est large que d'un centimètre. Toutefois ce procédé est à retenir, car il est simple et a donné de très bons résultats.

Procédé par suture des bords de la fistule à la lèvre antérieure du col utérin

Ce procédé employé aussi bien par WOLKOVITSCH que par KUSTNER se pratique de la façon suivante : il faut tâcher de libérer le plus possible les organes en sectionnant les brides et les adhérences; assouplir leurs parois de façon à pouvoir aisément rapprocher le bord antérieur de l'orifice fistuleux de la lèvre antérieure. Les parties destinées à être en contact sont avivées. Des points de suture au fil de lin ou au crin sont passés dans l'épaisseur de la lèvre antérieure et affrontent le plus exactement possible la cloison vésico-vaginale formant la paroi antérieure du trajet fistuleux à la lèvre antérieure avivée.

Ce procédé ne peut servir que pour de petites fistules et comme souvent la lèvre antérieure est le siège de lésions métritiques, de déchirures, il paraît peu prudent d'accoler cette lèvre antérieure à la fistule.

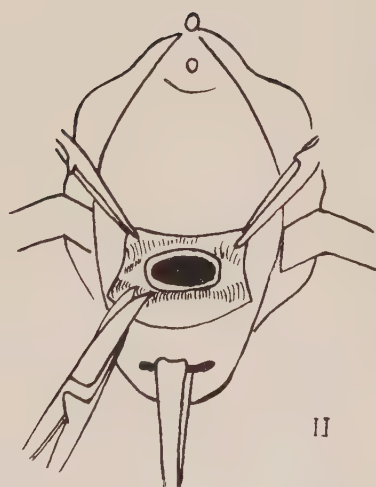
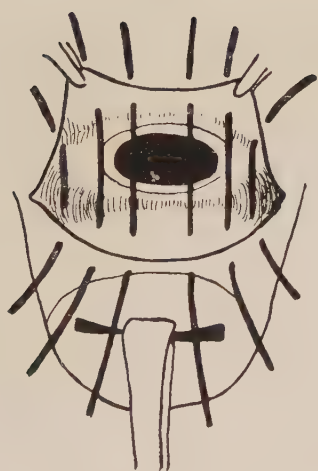
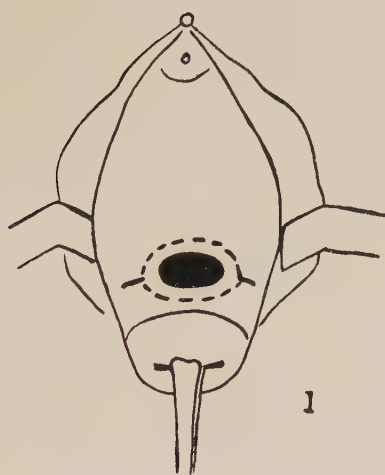
Procédé de Courty

Largement utilisée par COURTY et GOBERT, cette incarceration du col utérin dans la vessie, encore appelée par POZZI, « histérocléïsis vésical » est un procédé qui peut être assimilé à une autoplastie utérine et a été surtout employé dans les cas où la lèvre antérieure du col utérin était presque totalement détruite.

Ce procédé mérite une description, ne serait-ce qu'à cause des inconvénients majeurs qui le condamnent.

L'intervention consiste à aviver le bord de la fistule puis la lèvre postérieure du col utérin, sur sa face postérieure, son extrémité libre et ses bords latéraux. On relève comme un lambeau cette lèvre postérieure et on l'incarcère dans l'orifice fistuleux, de façon à l'obturer. Cette lèvre représente donc un véritable opercule dont le sommet vient se fixer dans l'angle de la brèche et dont la circonférence s'adapte à ses bords. Quelques points de suture maintiennent ce rapprochement. Le col utérin se trouve ainsi inclus dans la vessie ; il s'ensuit que la fécondation sera rendue impossible et que le sang des règles, ne pouvant s'écouler dans le vagin, devra sortir par l'urèthre, mélangé à l'urine.

Ces règles sortant chaque mois de l'utérus pour tomber dans la vessie, occasionnent de vio-



PROCÉDÉ DE KUSTNER

R. X.

lentes douleurs, déterminent un état congestif de la vessie et favorisent les progrès de l'infection. Les observations sont rares, qui citent des opérées, ayant vu se faire, sans de graves ennuis, l'écoulement menstruel par la vessie.

Ce procédé, on le voit, est passible de grands reproches; en effet, outre que la continence n'est pas fatalement assurée, les complications urinaires sont fréquentes, tant vésico-rénales qu'utérines. COURTY lui-même, dans son *Traité de Gynécologie*, dit en substance :

« L'adhésion se fait très aisément, mais les cas opérés par cette méthode présentent plus de dispositions au développement de la péritonite rétro-utérine. »

Mais le plus grand reproche que l'on puisse faire à cette technique, c'est qu'elle n'est qu'un pis aller, achetée au prix de l'infection ascendante de l'appareil urinaire, qui menace rapidement l'avenir de la malade et surtout au prix de la suppression des fonctions génitales normales : fécondation.

Cette dernière considération suffit à ROSENTHAL pour lui faire abandonner ce procédé :

« La méthode qui permet à l'utérus de continuer ses fonctions est la méthode qui, sans conteste, doit seule être adoptée lorsque ce sera possible. »

Cette méthode donc, comme les autres méthodes qui consistent pour remédier à l'incontinence, à transformer en annexe de la vessie l'une des cavités de voisinage, doit être abandonnée ; ou, pour être moins catégorique comme J.-L. FAURE, n'être adoptée uniquement qu'après l'échec de tous les autres procédés.

B. -- PROCÉDÉS UTILISANT LES FACES DE L'UTÉRUS APRÈS INTERPOSITION VÉSICO- VAGINALE OU VAGINO-FIXATION

Procédé de Mackenrodt

Utilisant l'expérience qu'il avait acquise dans la pratique des vagino-fixations, MACKENRODT opère de la façon suivante :

Le col utérin est fixé avec des pinces et abaissé le plus possible. Une incision médiane est faite sur la paroi vaginale antérieure, depuis la saillie de la colonne antérieure du vagin, jusqu'à un centimètre et demi environ de l'orifice externe. Cette incision rencontre la fistule. Dédoublement vésico-vaginal le long de l'incision et sur le pourtour de la fistule. Après incision transversale du cul-de-sac antérieur, la cloison vésico-utérine est dédoublée au doigt ; la vessie est ainsi isolée et du vagin et de l'utérus. Les bords de la fistule sont alors suturés et dans le cas où les lambeaux vaginaux ne se réunissent

pas facilement, on attire l'utérus entre les lèvres de la plaie vaginale et on suture chaque lambeau à la face antérieure de l'utérus qui sert à combler la perte de substance vaginale. La face postérieure de l'utérus remplace de la sorte la muqueuse vaginale.

MACKENRODT, par cette interposition vésico-vaginale de l'utérus, compte deux succès à son actif (1894).

Le procédé de Frank

Le procédé utilisé par FRANK est identique, en principe, à celui décrit par MACKENRODT et nous ne savons pas si FRANK en avait eu connaissance.

Décrite en 1917 dans une revue américaine, à l'occasion d'un article sur l'utilisation de l'interposition de l'utérus, la technique est la suivante: Interposition de l'utérus après colpotomie antérieure, entre la vessie et la paroi antérieure du vagin, de façon que la face postérieure du fond soit en face de la fistule vésicale; enfin le vagin est refermé sur l'utérus.

L'article en question d'ailleurs ne donne que peu d'explications, seulement quelques figures qui montrent une fistule paraissant de petite dimension et les divers temps opératoires.

Procédé de Freund

Imaginé d'abord à Strasbourg pour le traitement des prolapsus génitaux, FREUND eut l'idée d'appliquer son procédé en intervenant sur des fistules vésico-vaginales très complexes, comportant une perte de substance très étendue, de grands délabrements, avec utérus inabaissable.

Ce procédé consiste à pratiquer une colpotomie postérieure, puis, par cette voie, à aller saisir le fond du corps utérin, le basculer en arrière de façon à renverser l'utérus. On avive ensuite les bords et la face postérieure qui vient s'appliquer contre la perte de substance vésico-vaginale.

Enfin, dernière caractéristique de ce procédé, pour permettre aux règles de s'écouler, le fond de l'utérus est perforé jusqu'à la cavité utérine.

FREUND opéra deux cas de cette façon avec succès et les voici résumés :

OBSERVATION I

(Freund : in sammlung klinischer vortrage, 1895)

« Il s'agit d'une femme de 40 ans qui accouche de son neuvième enfant le 9 octobre 1893. Elle fut accouchée par quatre médecins qui, de 8 h. du matin à 4 h. du soir, essayèrent successivement de faire la version et l'extraction d'un enfant mort et macéré. Depuis cette délivrance si

laborieuse, minime élévation de température, mais la femme conserva de l'incontinence d'urine pour laquelle on l'adressa à Freund. Celui-ci constate, en 1893, les lésions suivantes:

1^o Erythème intense de toute la région génitale, de l'anus et de la face interne des cuisses, avec fissures et incrustations salines;

2^o Une grosse déchirure périnéale avec rectocèle énorme ;

3^o Une perte de substance de la paroi postérieure de l'urèthre et du col de la vessie, ainsi que des parties correspondantes du vagin; à travers cette perte de substance, la muqueuse vésicale était en prolapsus ;

4^o Un rétrécissement considérable du vagin avec transformation cicatricielle des culs de sac vaginaux et adhérence complète de ceux-ci au col de l'utérus ;

5^o Une induration cicatricielle des parties du vagin qui entourent les lésions décrites plus haut, ainsi que du tissu cellulaire du bassin et des culs de sac péritonéaux antérieur et postérieur.

Il est impossible d'apprécier l'état du col utérin enfoui dans ce tissu cicatriciel.

Opération le 24 mai 1894 : Freund essaye d'abord de se servir du col de l'utérus pour séparer la perte de substance, mais il n'y réussit pas. Il attire alors à travers le cul de sac postérieur préalablement ouvert (ce cul de sac avait été d'abord ouvert involontairement au cours des incisions faites pour libérer le col) le fond et le corps de l'utérus. Cet organe renversé de façon à avoir le col en haut et le fond en bas, vint s'appliquer par sa face postérieure sur la fistule. Il avive alors le bord de la fistule vésico-uréthrovaginale ainsi que chacun des bords de l'utérus, en suivant de près l'insertion des ligaments larges. L'utérus fut alors fixé et suturé dans cette situation. Enfin le fond de l'utérus fut ouvert pour permettre aux règles de s'écouler par cette voie.

L'opération dura deux heures; sonde à demeure dans la vessie, remplacée au bout de trois jours par des cathétérismes répétés cinq fois par jour. Suites opératoires : six jours après, la malade urine pour la première fois spontanément et garde ses urines. Ablation des fils huit jours après l'in-

tervention. La femme, après de nombreuses péripéties, finit par guérir et, au mois de novembre, le résultat est des plus satisfaisants; la vessie retient l'urine; l'urèthre admet un cathétère moyen et le sang menstruel s'écoule par le fond de l'utérus ouvert. »

OBSERVATION II

(Freund : loc. cit.)

« Fille de 20 ans, très rachitique, accouchée au forceps le 14 mai 1894; à la suite de cette intervention, il y a un sphacèle étendu des parois vaginales, et il se forme, après élimination des escharres, un cloaque vésico-vagino-rectal, avec incontinence d'urine et de matière fécale. Même érythème et mêmes incrustations calcaires que dans l'observation qui précède.

Opération le 21 juillet. Durée : 1 h. 30. On commença par fendre la cloison vésico-vaginale, ce qui donna beaucoup de jour; cette incision était, par conséquent, interrompue dans son trajet par la fistule recto-vaginale. Le cul de sac postérieur fut lui-même ouvert, et l'utérus renversé comme dans le cas précédent. La section recto-vaginale fut fermée à ce moment par deux plans de suture : le premier au catgut sur la muqueuse rectale, le deuxième, à la soie pour la muqueuse vaginale. Puis, comme plus haut, l'utérus et la fistule vésico-vaginale, avivés furent suturés ensemble et le fond de l'utérus fendu. Après quelques mois, le résultat obtenu était bon; la vessie gardait l'urine, l'utérus laissait couler les règles, par la brèche faite à son fond. »

Des critiques importantes ont été faites à ce procédé, et particulièrement on a reproché à FREUND d'avoir fait une intervention qui comportait fatalement l'incapacité à la parturition. Mais il faut lui rendre cette justice que, pour ce chirurgien, on n'est autorisé à sacrifier l'utérus que lorsque celui-ci est déjà supprimé fonctionnellement comme organe gestateur. Il faut, en effet, remarquer que dans les deux cas de FREUND, le col utérin était complètement déformé, oblitéré par des tissus cicatriciels.

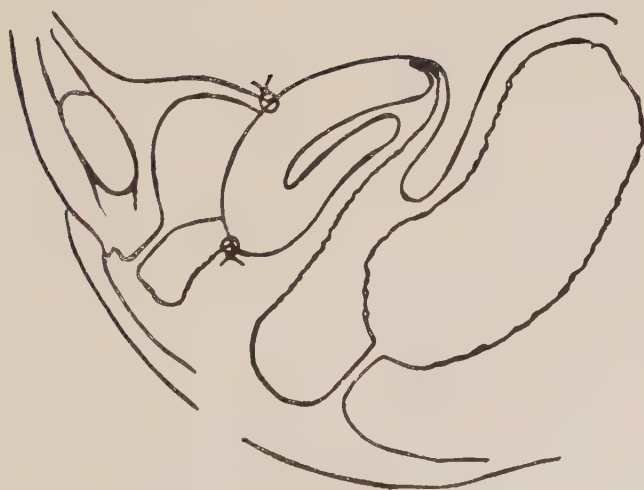
Mais, en outre, on peut s'étonner avec Leugeu que les deux malades opérées par Freund n'aient pas eu à souffrir de la torsion imprimée à l'utérus ; d'autre part, ce procédé n'est pas sans danger et parmi le petit nombre de chirurgiens qui ont pratiqué cette intervention à la suite de Freund, DODERLEIN eut une infiltration d'urine derrière l'utérus et, récemment, dans la littérature médicale scandinave, HARTMANN a rapporté un cas de gangrène de l'utérus.

Procédé de Dowmann

Ce procédé a été décrit en 1920, par DOW-MANN dans « Surgery Gynecology and Obstetrics » sous le titre : L'utilisation de l'interposition de l'utérus pour la cure d'une large fistule vésico-vaginale. Nous ne ferons que rapporter l'observation :

« Large fistule vésico-cervicale à la suite d'un travail de six jours et d'un forceps. Les conditions anatomiques étaient semblables à celles du schéma. C'était une large fistule de la lèvre antérieure du col de l'utérus et du mur antérieur du vagin avec une destruction presque complète de la paroi postérieure de la base de la vessie. Après avoir considéré la difficulté technique de fermer une si large fistule et discuté quelle méthode devrait être employée, les chances de succès paraissaient très légères. On décida cependant d'intervenir et la méthode suivante fut adoptée :

Malade dans la position de la taille. Une incision fut faite à la jonction de la vessie et de la muqueuse vaginale et la vessie fut libérée largement de la paroi antérieure du vagin, bien au-delà de l'autre côté et bien au-dessus et en arrière du trigone. L'aire avivée fut comblée avec de la gaze et la malade en trendelenburg. L'abdomen fut ouvert dans un deuxième temps par une incision médiane et le petit bassin exposé. Section des annexes et des ligaments ronds, entre ligatures, de chaque côté et la vessie ouverte au niveau de son attachement avec la face antérieure de l'isthme utérin. La dissection fut continuée jusqu'à ce que



PROCÉDÉ DE DOWMANN

R. X.

la vessie soit complètement libérée de toute attache avec l'utérus. L'utérus fut placé dans une position extrême d'antéversion de façon que la paroi postérieure du fond de l'utérus reconstitue la paroi manquante de la vessie. La portion des parois vésicales accessible par voie abdominale fut suturée au catgut à la surface postérieure de l'utérus (muqueuse surséreuse). Ces sutures furent placées à travers la paroi de la vessie mais uniquement dans la musculeuse, pas dans la muqueuse, pour ne pas avoir de suture intravésicale. Un second surjet fut placé par dessus; l'abdomen fermé, la malade replacée dans la position de la taille, et l'opération fut complétée par la voie vaginale en suturant de la même façon la paroi antérieure de la fistule avivée à la surface postérieure du fond de l'utérus. Sonde dans la vessie; trois semaines après, guérison.

Cette intervention comporte sans doute un certain facteur de gravité à cause du temps abdominal.

Critiques particulières aux procédés de Mackenrodt, Freund et Dowmann

Ces opérations consistent en vagino-fixation, que l'utérus soit basculé en avant ou en arrière.

Dans le cas où une fécondation se ferait ultérieurement, on peut se demander quel est **l'avenir obstétrical** de ces interventions.

Les résultats éloignés des vagino-fixations ont été bien étudiés par OUI en France, STRASSE-MANN et KLEINWACHTER à l'étranger. HART-MANN, dans son livre, résume ces travaux et nous ne ferons qu'en donner le principal :

Les accidents sont de deux sortes; tantôt, il y a avortement ou accouchement prématuré (25% des cas, paraît-il), tantôt il y a développement prépondérant d'une partie de l'utérus avec déplacement du col utérin vers le promontoire, d'où présentation le plus souvent transversale et danger de rupture.



DEUXIÈME PARTIE

Cette deuxième partie a pour but l'étude du procédé chirurgical employé dans les trois cas que nous présentons.

Cette étude comprendra avant la description même des temps de l'intervention un chapitre où tour à tour seront envisagés et discutés :

- le moment propice pour l'intervention
- les soins préopératoires sur lesquels nous insisterons ;
- la position de l'opérée et les moyens d'exposition de la fistule.

Quand doit-on intervenir

« La cure d'une fistule vésico-vaginale qui ne reconnaît pas pour cause un néoplasme ou une tuberculose en évolution doit être entreprise », a dit Marion, et cette règle ne souffre aucune discussion.

L'abstention ne peut être justifiée que par un état général de la malade tel que toute idée d'intervention est à écarter. Mais quand le chirurgien doit-il intervenir ?

Deux cas peuvent se présenter, ou bien la malade est vue presque tout de suite après un accouchement ou bien elle vient tardivement au médecin et même a été déjà opérée.

La fistule succède à l'accouchement :

Etant due à une nécrose, il faut attendre que les escharres soient éliminées, que les tissus

soient moins œdématiés, moins saignants. Mais il ne faut pas, par contre, attendre trop longtemps pour que les tissus soient rétractés et indurée. Enfin, pour intervenir, il faut que les lochies soient taries, que le retour de couches, s'il doit venir, soit effectué.

Il faut donc surtout que la cicatrisation soit complète et qu'aucun progrès de la fermeture ne soit plus remarqué. Frank recommande d'attendre trois mois, pour Hégar et Kaltenbach deux mois sont suffisants.

En principe, il semble que le moment le plus propice se place six semaines après l'apparition de la fistule.

La fistule est vue tardivement ou a déjà été opérée :

On est alors en présence de remaniements vaginaux et utérins importants; d'autre part le contact permanent de l'urine a amené une irritation vulvo-vaginale tenace. Enfin, l'infection vésicale est souvent présente, compliquée parfois de concrétions et d'infection ascendante. Ici, plus que dans le premier cas des soins minutieux devront présider à la préparation de la malade, car ceux-ci conditionnent, pour une grande part, le succès de l'intervention. Il faudra toujours laisser écouler deux mois, au moins, depuis le dernier échec. Quel que soit le cas, enfin, et si la malade est encore réglée, l'opération sera pratiquée dans les quatre à cinq jours qui suivent les règles.

Préparation de la malade

Elle est de toute importance, et la phrase de BOZEMAN est classique : « La préparation est souvent plus difficile que l'opération ».

Dans le cas de ces larges fistules juxta-cervicales qui nous occupent, cette préparation est encore plus que dans tout autre cas indiquée.

Cette préparation comportera tout d'abord une désinfection minutieuse de la vessie et du vagin. Les lésions d'irritation des grandes lèvres, les plaques érythémateuses de la vulve et des plis génitaux seront traités par application de la pommade au collargol ou protargol. Pour combattre l'irritation vulvaire, J.-L. FAURE recommande une pâte à l'ichtyol et à l'oxyde de zinc; FORGUE, un poudrage au sous-nitrate de bismuth. Le vagin sera assaini par des injections bi-quotidiennes abondantes, non irritantes et alcalines : eau boriquée légèrement amidonnée, eau bicarbonatée ou solution de benzoate de soude. L'état de la vessie sera amélioré surtout s'il y a cystite, soit par des lavages vésicaux à l'eau boriquée, à l'oxycyanure de mercure (3 pour 1.000) ou au nitrate d'argent (4 pour 1.000), soit par des instillations quotidiennes alternées d'huile goménolée au 1/20 et au nitrate d'argent au 1/300. Dans tous les cas, on donnera de l'utro-pine les quelques jours précédant l'intervention.

Les modifications de l'état du vagin sont susceptibles cependant de créer des difficultés variables qui se trouveront nettement diminuées du fait d'une bonne préparation. Dans les cas de rétrécissement superficiel étendu, dû à la réparation qui suit la chute des grosses escharres, on pratiquera d'abord la dilatation progressive par l'introduction journalière dans la cavité vaginale de mèches et de tampons vaselinés ou imbibés de glycérine boratée; plus plus tard on pourra se servir, comme le recommandait BOZEMAN et, comme l'emploie encore LARDE-

NOIS, de boules de bois dur, calibrées et soigneusement stérilisées. Mais cette dilatation patiente élargira la voie, surtout dans les lésions récentes.

Le vagin étant dilaté, on traitera le col utérin qui peut être lésé ou présenter des lésions de métrite, par quelques tampons ou ovules à l'ichtyol. Enfin, pendant les trois jours qui précéderont l'opération, on administrera quotidiennement du chlorure de calcium en potion pour réduire au minimum l'hémorragie opératoire.

L'importance de la position prise par la malade, avant et après l'opération, a fait l'objet de recherches nombreuses. Les premiers auteurs qui se sont occupés de la cure des fistules génito-urinaires ont étudié cette question et ont cherché à obtenir la cicatrisation des lésions, en détournant l'urine de sa voie anormale au moyen d'une sonde à demeure et d'un décubitus approprié.

VITRAC a fait, à ce sujet une communication au Congrès de chirurgie de 1900. Il s'exprime ainsi :

« Dans de nombreuses expériences, j'ai cherché à fixer le rôle joué par les diverses positions du corps dans l'écoulement des urines à travers l'orifice de la vessie fistuleuse. Dans le cas le plus fréquent : fistule de la zone vaginale de la vessie, le décubitus dorsal a pour conséquence l'issue totale, ou presque totale de l'urine; le décubitus latéral permet une continence plus marquée; le décubitus ventral est la position la plus favorable. Mais le siège de la fistule a son importance. Si elle est très profonde dans le vagin, juxta-cervicale comme celle que nous étudions, l'urine s'écoule bien dans le décubitus dorsal, et

lorsque la malade se lève, elle ne coule plus et la vessie se remplit partiellement. Dans ce cas, il serait préférable de faire lever la malade en lui demander d'uriner souvent, pour vider le réservoir vésical; on met ainsi la fistule au repos, et surtout on évite l'irritation vagino-vulvaire. »

En résumé, il peut être utile de faire pratiquer à la malade le décubitus ventral et de la faire lever et uriner le plus souvent possible.

L'avant-veille de l'opération, purgation; la veille, la malade sera lavementée, puis constipée le matin et le soir de l'intervention par des opiacés. En même temps, la région vulvaire sera savonnée, rasée, iodée et recouverte d'un pansement aseptique.

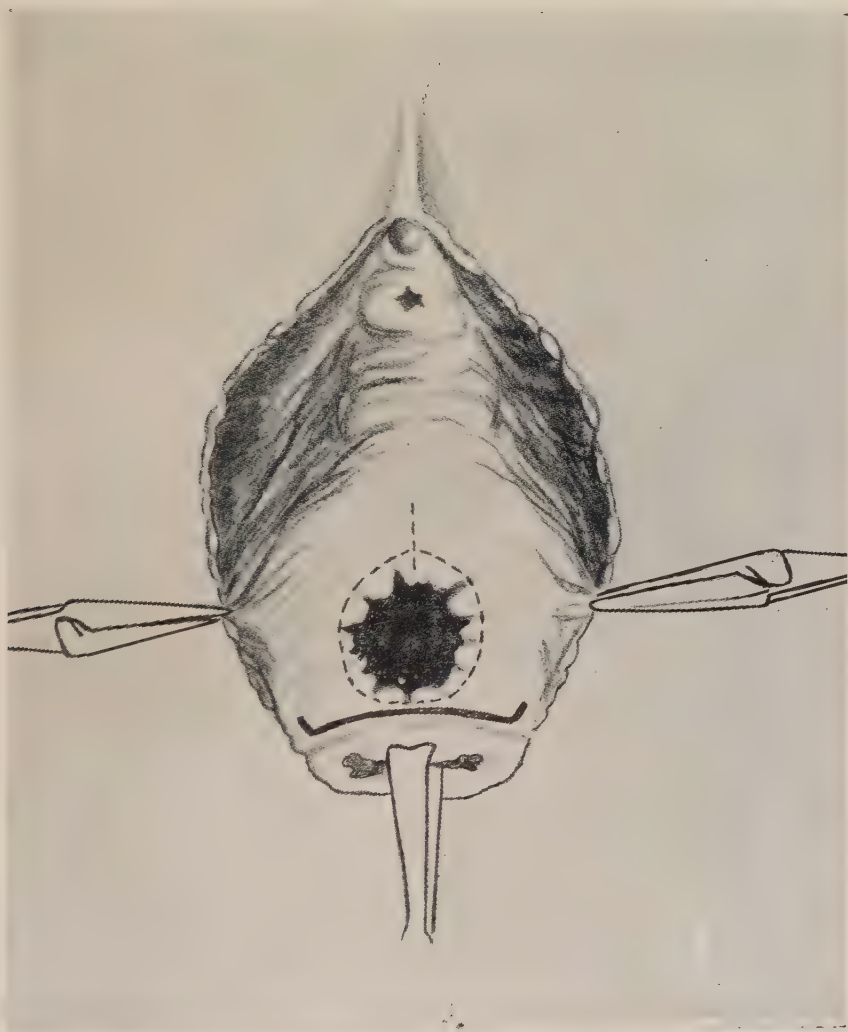
POSITION DE L'OPÉRÉE

Quelle position faut-il donner à la malade, sur la table d'opération ? Le décubitus latéral de SIMS est tombé dans l'oubli; la position gémipectorale de BOZEMAN nécessite l'emploi d'une table spéciale et est abandonnée.

Récemment, ABADIE a vanté la position préconisée par DEPAGE; elle aurait l'avantage de bien exposer la fistule à l'éclairage et de ne pas nécessiter une table spéciale. Pour notre part, nos trois malades ont été opérées dans la position classique des opérations vaginales : décubitus dorsal, jambes relevées, tête un peu basse.

ANESTHÉSIE

Certains auteurs emploient l'anesthésie rachidienne qui peut convenir parfaitement à ces in-



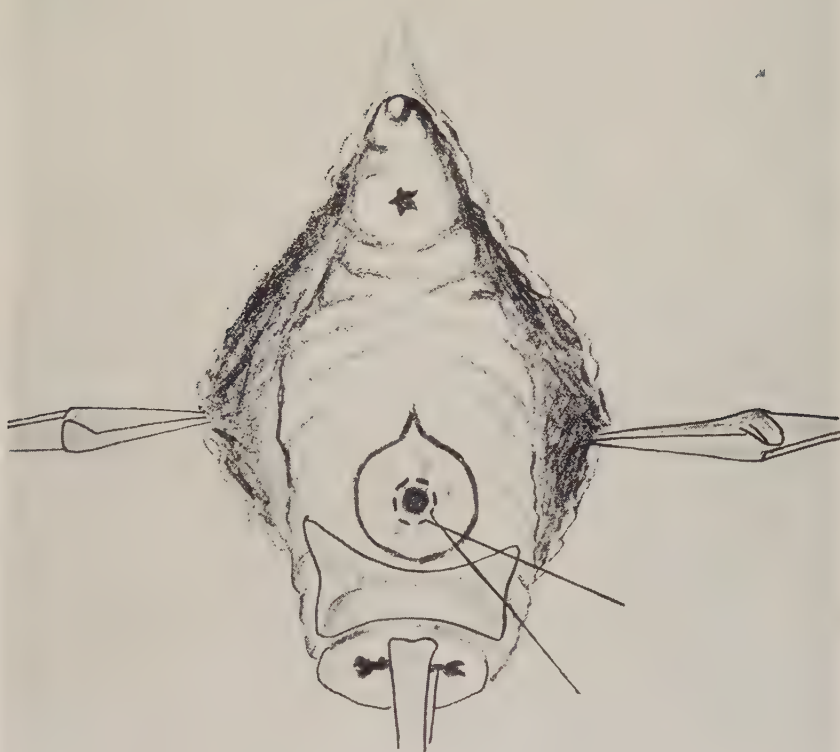
R. X.

PLANCHE I



R. X.

PLANCHE II
PLANCHE III



R. X.

PLANCHE IV
PLANCHE V

terventions. Donnant un parfait relâchement du périnée et pratiquement pas de vomissements post-opératoires, défavorables pour les sutures.

Nos trois cas ont toujours été opérés à l'anesthésie générale à l'éther. Notons simplement que notre Maître n'a aucun parti-pris ni contre l'un, ni contre l'autre de ces procédés.

Après cette étude de la période pré-opératoire, nous allons exposer la technique de l'intervention pratiquée par Monsieur le Professeur CABANES.

1^{er} temps : L'exposition de la fistule (Planche 1)

La bonne exposition de la région est un facteur important de succès. Nous l'avons toujours réalisée au moyen de valves médianes et latérales et surtout de la traction énergique sur le col utérin, à l'imitation de JOBERT de LAMBALLE. Nous y avons réussi d'emblée dans deux cas sur trois, l'utérus était pourtant assez fixé; dans le troisième cas, l'utérus était presque inabaisable au début de l'intervention, mais dès l'incision du cul de sac antérieur, l'utérus commença à être libéré et à descendre. Remarquons cependant qu'il est rare d'arriver, dans le cas de lésions anciennes, à exposer la fistule aussi bien que le représente la planche n° 1. Récemment, un auteur allemand, KULENKAMPH, écrivait qu'il croyait avoir facilité une de ses

opérations en se passant de valve; il s'agissait, sans doute d'un cas bien particulier.

Nous n'avons jamais eu besoin, à l'instar de certains chirurgiens, de nous donner du jour en utilisant la voie vaginale élargie. Soit en incisant latéralement, jusqu'aux ischions, comme dans le procédé de SCHUCKARDT, ou celui de CUNÉO et PICOT pour l'ablation vaginale des cancers du col; soit en incisant verticalement le périnée, comme le faisait SANGER, soit en utilisant la voie ischio-rectale préconisée par MICHAUX au Congrès de chirurgie de 1892, pour aborder les fistules hautes juxta-cervicales :

On mène d'abord, parallèlement au sillon interfessier, une incision de 10 centimètres environ, puis on décolle la graisse ischio-rectale et on tombe alors sur le releveur qu'on incise avec la paroi latérale du vagin. On obtient ainsi une fenêtre qu'on peut, d'après Michaux, agrandir sans inconvénients jusqu'à la vulve et par laquelle la fistule est devenue abordable. Michaux n'a mis qu'une seule fois ce procédé en pratique. Notre Maître l'a employé avec succès dans certains cas de fistule, mais aujourd'hui, il paraît assez délaissé.

Tous ces procédés sont critiquables parce qu'ils compliquent l'intervention plutôt qu'ils ne l'aident.

De même que nous nous sommes contentés de l'abaissement de l'utérus et de valves vaginales pour exposer la fistule, nous n'avons jamais eu recours, pour fixer la zone opératoire, à un instrument spécial, tel l'étendeur vésical de PAS-TEAU ou le rétro-pulseur que GOURDET, de Nantes a présenté au Congrès de chirurgie de 1931. Cet instrument introduit fermé, par l'urèthre,

dans la vessie, s'y déploie en deux ailes de papillon; on le fait alors basculer en avant et il amène à la vulve la paroi vésico-vaginale largement étalée.

En résumé, pour l'exposition de la fistule, premier temps de l'intervention, notre Maître ne s'est servi que de moyens très simples et s'en est toujours bien trouvé.

**2^e temps : Incision du cul de sac antérieur,
décollement vésico-utérin**
(Planche 2)

L'utérus étant abaissé au maximum, la paroi vaginale antérieure est incisée à la limite de son insertion sur le col de la même façon que dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale.

Mais il faut reconnaître que ce clivage vésico-utérin n'a pas, dans le cas d'intervention pour fistule, la même commodité. Les insertions vagino et utéro-vésicales ont subi une transformation cicatricielle et les altérations de la lèvre antérieure du col augmentent la difficulté. Au lieu de cet espace cellulaire lâche qui sépare la vessie de la partie sus-vaginale du col et qui se décolle aisément d'ordinaire, le ciseau tombe sur des adhérences scléreuses irrégulières, d'autant plus difficiles à rompre que le col, peu abaissé au début, ne devient mobilisable qu'au fur et à mesure de la progression du décollement.

Pour parer à ces écueils, il faut inciser directement sur le col, perpendiculairement à lui, et non pas parallèlement.

Notre Maître a toujours pratiqué cette manœuvre du bout des ciseaux courbes en gardant, à tout instant, le contact avec le col utérin qui est mordu.

Ce décollement sera poussé latéralement, au besoin en incisant le vagin sur les côtés, et le plus profondément possible, toutefois sans ouvrir le cul de sac péritonéal vésico-utérin. Latéralement aussi, il faudra éviter les uretères dont les rapports peuvent être anormaux, du fait de la sclérose péri-vésicale et des remaniements apparus à la suite d'échecs opératoires. Dans nos trois cas nous n'avons pas eu à surmonter cette difficulté.

3^e temps : Dédoublement de la fistule

(Planche 3)

A l'aide du bistouri coudé vésical, la fistule est dédoublée sur une surface aussi large que possible. Ce dédoublement se trouve beaucoup plus aisé à pratiquer latéralement de bas en haut et d'avant en arrière, en raison de la situation de la fistule placée au ras du col. Pour pratiquer ce dédoublement, notre Maître s'est toujours servi d'une pince sans griffes; mais il peut être commode de fixer la fistule, soit à l'aide de quatre points d'appui, placés sur la paroi vaginale péri-fistulaire, soit à l'aide de deux fines pinces de Chaput placées aux angles sur la muqueuse vaginale.

Ce dédoublement le plus largement pratiqué terminé (et c'est un des temps les plus importants), on peut exciser la partie vaginale du dé-

doublément anatomiquement la plus lésée, sous forme (pl. 3) d'une collerette de muqueuse vaginale située sur le pourtour de la fistule. Là, en effet, les lésions de la muqueuse vaginale sont importantes et cette muqueuse sclérosée, d'épaisseur irrégulière, se prête mal à la suture.

4^e temps : Fermeture la la muqueuse vésicale

(Planche 4)

On s'efforce de réaliser celle-ci par deux plans de suture en bourse. Généralement, grâce au décollement vésico-utérin, et à l'avivement large avec débridement, on y réussit presque toujours.

Une première rangée de catgut est passée en bourse dans la muqueuse vésicale, à l'aide d'une aiguille fine de Reverdin, à un demi-centimètre environ des bords de la fistule. Le fil est progressivement serré. Ce premier affrontement réussi, on place à un demi-centimètre de son centre une autre rangée circulaire de catgut qui est serré de la même façon et qui enfouira la première bourse.

Dans nos trois cas, cette double invagination a toujours pu être effectuée. Nous insistons sur le fait que ces sutures ont été réalisées à l'aide de catgut; une seule fois, notre Maître s'était servi de fil de lin et il y eut désunion.

5^e temps : Fermeture de la brèche vaginale

(Planche 5)

La brèche vaginale, dont les bords ont été rendus bien nets par l'excision des lésions, prend une forme ovale avec débridements à sa par-

tie antérieure, quelquefois si l'on peut, à sa partie supérieure.

Ce 5^e temps va consister d'abord à essayer de fermer cette brèche par les moyens habituels, c'est-à-dire par l'adossement des deux lèvres latérales de la muqueuse vaginale. Mais, si dans le cas de large fistule, malgré les incisions latérales et les larges décollements effectués, l'on ne peut arriver à fermer complètement la perte de substance, on se contentera seulement de rétrécir la brèche vaginale dans la mesure du possible.

6^e temps : Suture de la brèche vaginale à la face antérieure du col

(Planche 6 et 7)

La face antérieure du col utérin, avivée du fait du décollement vésico-utérin, est abaissée au maximum à l'aide de la pince de Museu. Ce temps est le moment capital de l'intervention et là réside l'originalité du procédé qui va consister à suturer le pourtour de la brèche vaginale à la portion antérieure sus-vaginale du col utérin.

Les fils seront placés d'arrière en avant et symétriquement, de chaque côté sur le pourtour de la brèche vaginale ; puis, les mêmes fils seront passés de la même façon sur la face antérieure avivée du col utérin. En somme, la brèche vaginale sera suturée à sa projection sur le col. La planche n° 6 met en évidence la disposition des fils.

Le fil le plus postérieur est placé le premier, et pour réaliser cette manœuvre, il est plus pru-

dent de passer ce fil en deux fois, d'abord sur le pourtour de la paroi vaginale, ensuite dans le tissu cervical, plutôt qu'en une seule fois en chargeant directement tous les tissus sur l'aiguille. Ce fil, une fois placé à droite, le sera symétriquement à gauche. Les deux fils les plus postérieurs et de chaque côté seront liés tout de suite.

De nouveaux points seront placés de la même manière sur le pourtour de la brèche vaginale et sur sa projection utérine, toujours successivement d'arrière en avant. Trois ou quatre points seront suffisants de chaque côté et leur nombre est variable, avec la surface de la brèche vaginale. Comme les deux premiers fils postérieurs, ils seront serrés dès leur mise en place.

Ainsi, on aura suturé la brèche vaginale à la face antérieure du col utérin en liant les fils successivement et symétriquement de l'arrière vers l'avant. Dans les trois cas que nous présentons, les points les plus postérieurs ont été effectués au catgut, les points antérieurs au crin de Florence. L'accolement de la brèche vaginale au cas de l'utérus se trouve ainsi réalisée en vraie grandeur.

7^e temps :

Réfection du cul de sac vaginal antérieur

(Planche n° 8)

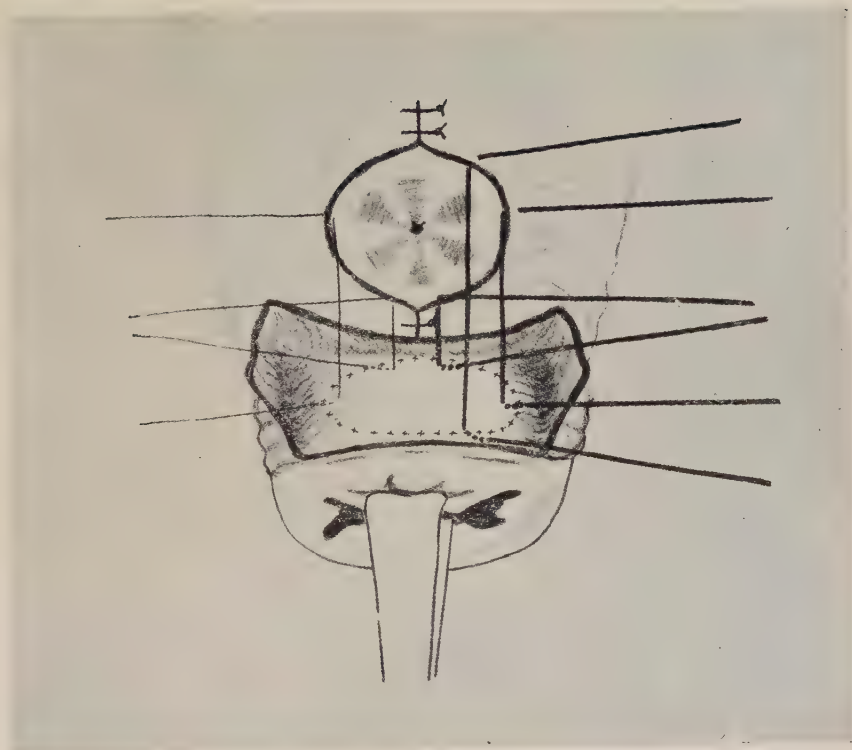
La fistule est complètement cachée et obturée par la face antérieure du col utérin ; aussi l'incision de colpotomie sera simplement suturée à la muqueuse vaginale antérieure au-dessus de

la fistule; mais ces sutures ne sont pas indispensables du fait de l'accolement de la portion antérieure de la brèche vaginale au ras de la lèvre antérieure. Latéralement, des points séparés seront placés sans difficulté. Cette dernière série de sutures a été effectuée à l'aide de crins de Florence noués simplement sans artifices.

Certains auteurs, dans les cas où l'affrontement est sujet à des tiraillements d'avant en arrière, préconisèrent divers expédients pour nouer les fils et pour arriver plus tard à les enlever commodément.

JOBERT de LAMBALLE laissait un des chefs très long pour pouvoir le suivre et l'enlever; BOZEMAN employait des plaques de plomb qu'il perçait de deux trous et le fil était serré sur ces lames, l'affrontement étant fait sans couper derrière ces lames; DUBOUÉ, de Pau, se servait pour couper les fils, de petits boutons en buis, semi-ovoïdes, pourvus chacun de deux trous; VERNEUIL utilisait des plaques perforées à l'avance. Plus près de nous, J.-L. FAURE passe ces fils dans les yeux de petits boutons de nacre; il ne fait pas de nœuds et fixe les fils par une petite pincée en plomb de GALLI au ras des boutons.

Ce n'est que pour mémoire que nous avons cité ces détails, mais dans cette chirurgie, les détails ont leur importance; si dans les trois cas opérés par notre Maître la manière fut très simple, il se peut qu'un détail précité ait sa valeur dans une intervention ultérieure.



R. X.

PLANCHE VI

Cette figure est schématique. En réalité les points sont serrés dès leur mise en place.

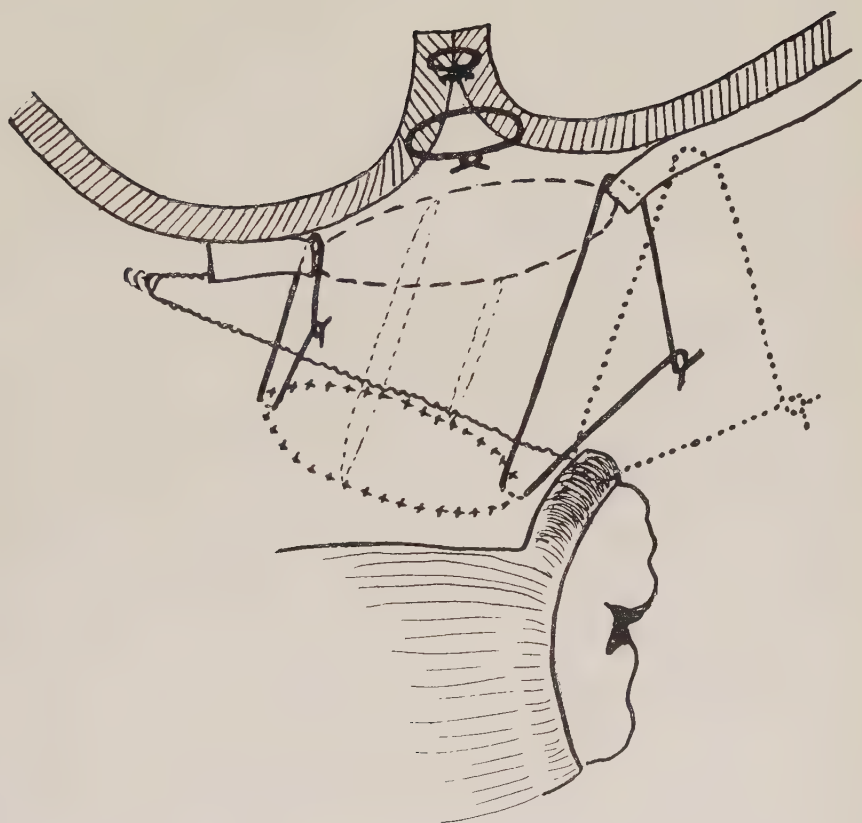


PLANCHE VII

Même remarque que pour la planche VI.

R. X.

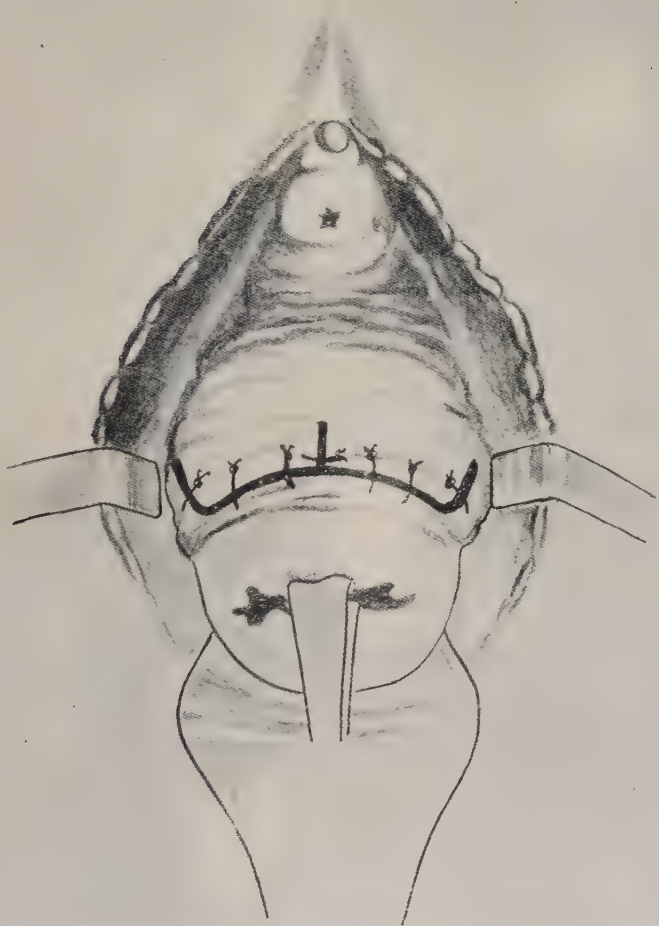


PLANCHE VIII

R. X.

SOINS POST-OPÉRATOIRES

L'intervention est terminée ; il ne reste plus qu'à placer une sonde vésicale à demeure et une petite mèche vaginale qui sera retirée le lendemain. Ce tamponnement ne mérite pas les reproches qui lui ont été adressés, à savoir de favoriser la désunion des sutures ; il offre, par contre, l'avantage d'assécher la cavité vaginale dans laquelle se produit fatalement un léger suintement, à condition de ne pas laisser cette mèche plus de 24 heures en place.

La question du drainage a une importance capitale : elle a été très discutée. Certains auteurs pensent qu'il n'est pas indispensable de drainer la vessie après une intervention pour fistule ; c'est surtout un Américain, Arnold STURMDORF qui, il y a quelques années, a mis en doute l'utilité du sondage à demeure.

STURMDORF résume ainsi son réquisitoire : « Dans le cas où l'opération a pu être menée de façon satisfaisante, la sonde n'est pas nécessaire ; dans le cas où elle semblerait nécessaire, elle est inutile ». Si la dernière partie de la phrase nous paraît assez paradoxale, STURMDORF dit plus clairement que l'idée qui est à la base du

cathétérisme, à savoir l'immobilisation de la paroi vésicale par la suppression des contractions physiologiques, est sans fondement, puisque le plancher de la vessie, où siègent habituellement les fistules est normalement la partie fixe et relativement immobile de la musculature vésicale. « La présence d'un drain dans la vessie, ajoute-t-il, permet l'entrée de l'air comme la sortie de l'urine, ce qui crée un espace rempli d'air au-dessus du fond de la vessie, lequel est constamment baigné par l'urine résiduelle dont seule la couche supérieure est drainée au dehors. »

En définitive, STURMDORF préconise deux cathétérismes pendant les douze premières heures, ensuite sondage seulement, s'il n'y a pas eu de mixtion depuis 24 heures.

Ces idées nous paraissent plus théoriques que réelles et elles sont très discutables, surtout quand l'auteur nie la possibilité de traction sur les sutures par les contractions musculaires.

Certains, comme RICHELOT, se trouvent bien de cathétériser les opérées d'une façon très aseptique et très régulière, plutôt que de laisser dans la cavité vésicale une sonde à demeure qui l'irrite et entretient l'infection.

La plupart des urologues, LEGUEU, J.-L. FAURE, MICHON, TOUPET, en France, EMETT, MAYO en Amérique, ne sont pas de cet avis. Pour eux, au contraire, il semble bien que le drainage à demeure soit une plus grande garantie contre l'infection que le cathétérisme répété qui, si aseptique qu'il soit, risque toujours d'entraîner chaque fois quelques microbes dans la vessie. D'ailleurs, pour ces mêmes urologues, il

est indispensable de supprimer, autant que possible, le séjour de l'urine sur la plaie vésicale, ce qu'un cathétérisme intermittent ne permet point de réaliser.

Dans nos trois observations, la sonde à demeure a été employée et, dans notre dernier cas, cette sonde s'est bouchée plusieurs fois, malgré les soins habituels.

En somme, tout s'est passé comme si l'on avait fait un cathétérisme intermittent et l'argument invoqué par les urologues contre ce même cathétérisme à demeure tombe. Mais il est incontestable que la sonde à demeure a conditionné une cystite post-opératoire dans notre troisième cas.

Ainsi nos préférences iraient peut-être au cathétérisme intermittent, toutes les deux heures, suivant la technique de RICHELOT, présentée à la Société de chirurgie en 1900 ; mais elle demande un personnel plus que stylé. C'est pourquoi la sonde à demeure nous a semblé, dans notre milieu hospitalier, la meilleure façon d'opérer. Nous nous sommes servis d'une sonde de Peltzer, mais celle de Malécot peut aussi bien servir.

Cette sonde mise en place à la fin de l'intervention, est généralement changée le deuxième jour après; puis, tous les deux jours; elle est retirée définitivement vers le huitième jour ou plus tardivement si l'on a des doutes sur la réussite de la suture. La surveillance doit être quotidienne et si la sonde se bouche, elle doit être remplacée.

Enfin on peut pratiquer quotidiennement un lavage prudent à faible pression, à l'eau stérile ou boriquée tiède, surtout quand les urines sont

sanglantes, comme cela s'est produit dans les premiers jours de l'intervention.

Jamais notre Maître n'a eu recours à la dérivation sus-pubienne des urines préconisée par MARION, ni au cathétérisme double urétéral, employé par FUCHS et GATHELIN avec succès. Citons cependant le cas de MAUCLAIRE où ce procédé provoqua un spasme urétéral et vésical, ce qui fit échouer les sutures. D'ailleurs, théoriquement excellent, ce procédé est très mal supporté par les malades, et il les prédispose à des infections graves, ce qui le condamne.

Après l'intervention, les opérées sont mises dans leur lit en décubitus dorsal. Nous ne reviendrons pas sur la question du décubitus ventral de VITRAC, dont nous avons donné l'essentiel au chapitre des soins pré-opératoires. Nos trois cas n'ont pas paru souffrir de cette position dorsale.

L'ablation des fils a été effectuée, dans les deux premiers cas, vers le quinzième jour; certains étaient tombés d'eux-mêmes; dans le troisième cas, seulement 24 jours après l'intervention. Il nous faut ici dire toute l'importance qu'il y a, à ne pas tirer sur les fils pour les enlever; dans notre troisième cas, en effet, notre Maître, après avoir coupé le crin comme d'ordinaire au ras du vagin, ne pouvant l'enlever ensuite, fut obligé de tirer dessus pour y arriver. Il se produisit alors un petit suintement hémorragique et quelques jours après une fistulette se forma à ce niveau. Cette fistulette mit dans l'obligation de faire une petite intervention qui allongea les suites opératoires.

Les suites de l'intervention furent, dans les trois cas, bénignes et généralement apyrétiques; dans le troisième cas, quelques petites poussées d'infection vésicale à colibacilles vinrent couper les périodes d'apyrexie; ces poussées de cystite cédèrent rapidement au traitement classique. Dans aucun des cas, il n'y eut d'infection urinaire ascendante.

Depuis le mois de janvier 1935, nous avons pu suivre notre troisième opérée et nous avons vu apparaître ses règles régulièrement, sans phénomène douloureux particulier. Actuellement, la malade urine normalement et, à l'examen, il n'y a plus trace de fistule. Le col utérin semble collé à la paroi antérieure du vagin; le cul de sac antérieur est étalé et semble avoir disparu. Le museau de tanche est petit, un peu déformé transversalement; il regarde légèrement en bas et en arrière.

LES RÉSULTATS DE L'INTERVENTION

Notre Maître a eu l'occasion d'utiliser cette technique trois fois, et deux fois, il eut un succès franc. Dans le troisième cas, l'ablation intestinale d'un fil eut pour conséquence une fistule ; celle-ci fut réparée simplement par suture, renforcée par l'accrolement à la lèvre antérieure du col qui se trouvait être très près.

En résumé, nous pouvons dire que les trois interventions furent trois succès.

Les trois observations qui vont suivre ont déjà été publiées dans l'Algérie médicale par M. le Professeur CABANES, entièrement pour les deux premières, partiellement pour la troisième ; nous les reproduisons après avoir complété la partie manquante.

OBSERVATION I

La nommée BOUSAID M., 15 ans, entrée à l'Hôpital Parnet, annexe de Mustapha, est opérée le 4 janvier 1928.

Elle présente une grande fistule vésico-vaginale du diamètre d'une pièce de deux francs, située à un centimètre du col utérin qui est d'ailleurs large et dégagé de toutes brides cicatricielles vaginales comme il advient souvent

chez les femmes indigènes qui ont un accouchement dystocique.

Après une préparation de dix jours consistant en lavages et tamponnements, la malade est opérée par voie basse. Utérus inabaissable.

On procède au dédoublement large de la muqueuse vésicale d'avec la cloison vaginale sur tout le pourtour de la fistule.

On arrive à suturer la muqueuse par deux surjets en bourse, mais il est impossible de les enfermer en affrontant sur eux les bords de la paroi vaginale.

On procède alors au décollement vésico-utérin par incision au bistouri du cul-de-sac antérieur du vagin sur le col, et à droite et à gauche jusqu'au fond des culs-de-sac latéraux, comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale. On sépare la vessie de la face antérieure de l'utérus aux ciseaux, en mordant sur l'utérus franchement, vers le péritoine du cul-de-sac vésico-utérin, sans l'atteindre. On a avivé la face antérieure et les bords du col utérin visibles.

On attire, on fait descendre, autant qu'il est possible, le col utérin mobilisé, incisé aux commissures de l'orifice externe pour avoir un lambeau cervical utérin plus souple (ceci n'est pas toujours utile). On suture le pourtour inféro-antérieur de la brèche fistulaire, on le plaque le plus solidement possible sur la face antérieure et sur les bords du col utérin abaissé, par des points aux crins, espacés de trois à quatre millimètres. On a passé trois points seulement au catgut sur le demi cercle supérieur de la fistule. On ferme les incisions vaginales latérales au col, iodage des sutures. Nettoyage à l'éther. Grosse sonde de Pezzer dans l'urètre. Suites normales. Lavages quotidiens du vagin. Les fils de sutures en partie tombés, sont enlevés au 15^e jour.

La malade sort guérie de l'hôpital quelques jours plus tard.

OBSERVATION II

La nommée MOKRANI Fatma, 37 ans, entrée à l'Hôpital Parnet le 6 avril 1929, nous l'opérons le 1^{er} mai 1929, d'une fistule vésico-vaginale haute du diamètre d'une pièce de un franc.

Ici, nous n'avons pu placer qu'un seul surjet en bourse sur la muqueuse vésicale. Il est impossible de fermer la brèche vaginale sur elle-même après le dédoublement, car il s'agit d'un vagin calleux qui, malgré sections de brides et tamponnements, manque de souplesse. Plaquage, identique à celui de l'observation I, des bords vaginaux de la fistule sur le col après une libération moins large de celui-ci. Mêmes soins, même suite. Guérison sans incident.

OBSERVATION III

La nommée BOUCHIKA Kroufa, 26 ans, entre Salle Nélaton, pour une fistule vésico-vaginale, suite d'accouchement dystocique. Elle a eu déjà deux grossesses antérieures avec enfants morts-nés et, une troisième fois enceinte, elle entre en travail à la Maternité le 17 février 1934, Le travail dure environ onze heures, mais les bruits du cœur du fœtus étant devenus irréguliers, on est obligé de pratiquer une application de forceps. La dilatation est complète, présentation du sommet en gauche antérieur, extraction d'un enfant mort du poids de 3 kg. 480. Hémorragie de la délivrance. Le lendemain, température à 40° frissons. Le traitement contre l'infection est institué et l'accouchée sort dix jours après. Mais, depuis le 4^e jour après l'accouchement, elle perd ses urines par le vagin. Elle rentre en avril 1934, Salle Nélaton où l'on constate la présence d'une fistule vésico-vaginale juxtra-cervicale du diamètre d'une pièce de 1 franc. Le col utérin est inaccessible, invisible dans le vagin infundibuliforme, remanié après l'accouchement par de multiples cicatrices non traitées. Cette indigène de 26 ans a 1 m. 34 de haut; elle est de type achondroplasique avec micromélie et a un bassin justominor.

A plusieurs reprises, section des brides vaginales et columnisation du vagin pendant deux mois. Le 14 juin 1934, tentative de fermeture de la fistule par voie transvésicale après dédoublement très poussé. Echec. La suture a cédé au sixième jour. Nous laissons l'incision de la cystostomie se refermer. Longue reprise des lavages et de la columnisation. Le col utérin est lentement dégagé des néo-formations fibreuses qui l'enserraient.

Le 20 décembre 1934, nous sectionnons un dernier pilier fibreux qui permet la descente, la mobilisation sur trois cen-

timètres environ du col, mais le paramètre encore induré oblige à opérer au fond du vagin. Dédoublement vésicocaginal aux bistouris coudés très poussé. On place un surjet en bourse sur la muqueuse vésicale; on ne peut pas en placer un second pour l'enfourir. Section du cul-de-sac antérieur loin sous la vessie, au-dessus de la fistule. Suture de la tranche vaginale inférieure de la fistule au col et sur les côtés. Aucun point sur le demi cercle postérieur de la fistule au col et sur les côtés. Aucun point sur le demi cercle postérieur de la fistule, mais l'accolement vésical à la partie supérieure du col et à l'isthme utérin est tel qu'une injection colorée (bleu de méthylène) poussée à l'aide d'une sonde de Pezzer, ne laisse rien filtrer dans le vagin.

La malade mouille légèrement son lit vers le huitième jour, la sonde de Pezzer trop étroite s'était bouchée. Remplacement de la sonde puis enlèvement le 16 janvier 1935.

Ablation des fils le 14 janvier 1935, la plupart déjà détachés. La malade semble guérie. En réalité, elle présente encore une fistulette de la grosseur d'une lentille. Quinze cents grammes d'urine passent par l'urèthre.

Le 12 mars 1935, on réintervient par voie vaginale, on dédouble la fistulette et on la suture au fil de lin aussi bien du côté vésical que du côté vaginal. La lèvre antérieure du col qui se trouvait sous la fistulette est suturée par-dessus à la muqueuse vaginale par quelques points au crin. Une dizaine de jours après, ablation des fils. Résultats parfaits; la malade est actuellement réglée normalement.

La lecture des observations permet de se rendre compte que, dans les trois cas, l'intervention a débuté par la suture de la muqueuse vésicale; le décollement vésico-utérin ayant été fait seulement dans un deuxième temps.

Pourquoi avons-nous fait de ce décollement vésico-utérin le premier temps de l'intervention dans la technique que nous avons décrite? Pour deux raisons :

— La première est que notre Maître ne s'attendait pas à ne pas pouvoir fermer la muqueuse

vaginale et à être dans l'obligation de combler cette brèche par une autoplastie ;

— La deuxième est qu'en faisant d'emblée ce décollement vésico-utérin on peut mieux suturer la vessie par un véritable glissement sur elle-même. Nous n'avons d'ailleurs fait que suivre Jobert de Lamballe et Condamin. Ces deux auteurs, et plus particulièrement le premier, avaient déjà insisté sur la valeur du décollement vésico-utérin dans la fermeture de la fistule vésico-vaginale.

Notons aussi que les commissures du col furent incisées, dans un cas (ob. 1) pour aider à l'accolement du col contre la fistule. Mais comme notre Maître le fait remarquer cette manœuvre n'est pas toujours utile.

De même dans l'obs n° 3, la partie postérieure de la brèche vaginale ne fut pas suturée avec. Il est préférable cependant que des sutures soient placées sur tout le pourtout de la fistule.

Après cet exposé de l'intervention et des observations qui s'y rapportent, nous essaierons, dans un court chapitre, de dégager les avantages, les inconvénients et les indications.

Nous terminerons par quelques réflexions suggérées par ces trois nouveaux cas sur le traitement des fistules juxta-cervicales larges.

Les critiques

La soudure de la face antérieure du segment sus-vaginal du col au vagin et à la vessie, détermine, comme dans toute colpotomie, la production d'une plaque cicatricielle fibreuse. A ce niveau, le tissu myométral lui-même peut être le siège de modifications dans le sens de la sclérose et on peut se demander si l'état de grossesse y entraînera les modifications classiques. Ainsi, si par hasard, la fécondation avait lieu, il est probable, comme après les interventions portant sur la cloison vésico-utérine, qu'il se produira, au moment du travail, de la rigidité du col ; le segment inférieur ne se formera que lentement et anormalement. Seule, l'étude des suites éloignées pourra nous renseigner.

Ces modifications peuvent avoir de l'import-

tance surtout dans notre troisième cas, car dans l'hypothèse d'une grossesse ultérieure du fait de la dystocie pelvienne, une césarienne basse supra-symphysaire pourrait être envisagée; nous nous demandons alors si l'état du segment inférieur la permettrait et si la césarienne corporeale serait seule indiquée.

Les avantages

Ils sont de plusieurs sortes :

1° Cette autoplastie est de beaucoup plus anatomique que celle proposée, soit à l'aide de lambeaux vaginaux ou cutanéomuqueux (TRENDELENBURG, MARTIN, ODENTHAL, FRITSCH, Elytrosplatie de JOBERT), soit à l'aide de l'utérus par les procédés décrits plus haut.

Elle est plus anatomique car l'utérus abaissé remonte une fois l'intervention terminée et seulement le cul-de-sac paraît effacé et la paroi vaginale antérieure plus courte. Quant au col, il est collé à la paroi vaginale antérieure.

Mais l'avantage le plus considérable à nos yeux est que l'intervention laisse les voies génitales anatomiquement et physiologiquement indemnes; il n'est pas besoin d'insister sur ce résultat.

Enfin, il n'y a pas de temps abdominal comme dans les procédés de FREUND, MACKENRODT, DOWMANN ; cela est appréciable.

Réflexions

Nous remarquons que dans la troisième observation, la fistule jugée une première fois d'accès inabordable par voie basse, avait été obturée par la voie transvésicale, classiquement

indiquée pour cette fistule haut-située. Mais, au sixième jour après l'intervention, il y eut désunion des sutures. Notre Maître réintervint après une longue période de préparation et employa le procédé qui lui avait été donné deux succès. Un petit incident vint seul troubler les suites; il fut rapidement réparé et notre troisième cas fut un succès de plus.

Nous n'essaierons pas de tirer vanité de ces trois réussites, mais nous nous permettrons de faire remarquer que les trois fistules opérées atteignaient un diamètre variant entre celui d'une pièce de un franc et celui d'une pièce de deux francs. Ces fistules étaient nettement juxta-cervicales et non vésico-vagino-utérines, qui, comme l'expérience le montre sont beaucoup plus faciles à traiter. Or, dans les diverses statistiques récentes de fistules vésico-vaginales opérées, soit par voie vaginale, soit par voie abdominale, nous ne trouvons guère mention de ces fistules juxta-cervicales.

Certaines de ces statistiques n'apportent qu'un résultat global et ne sont pas classées d'après les lésions anatomiques rencontrées. Nous avons relu les observations de Marion citées dans la thèse de VIOLLET sur la voie transvésicale, et les résultats qui nous intéressent sont les suivants :

Sur 29 fistules d'origine obstétricale, 8 étaient juxta-cervicales et parmi ces 8, 3 étaient minimes, une était de la dimension d'une pièce de 50 centimes, 2 de la dimension d'une pièce de 1 fr.; 2 de la dimension d'une pièce de 2 fr. et enfin la dernière permettait l'accès de trois doigts. Sur ces huit interventions, deux fistules (largeur 1 et 2 fr.) durent être reprises et gué-

ries par voie vaginale, après échec de l'opération transvésicale. A cette occasion, il nous paraît utile de citer une des observations de MARION, où après avoir échoué par voie transvésicale, il aborda la fistule par voie vaginale et la répara par une autoplastie réalisée à l'aide d'un lambeau vaginal antérieur sous-urétral, retourné et suturé aux bords de la fistule. Ensuite, il consolida cette paroi par la face antérieure de l'utérus qui fut abaissé et fixé, le col contre le méat urétral.

(MARION : in Thèse Viollet) obs. 45

M^{me} L..., 37 ans. Fistule vésico-vaginale, suite d'un accouchement en mars 1921. De nombreuses tentatives de fermetures ont déjà été faites à Lille en 1921, une fois par la voie vaginale, une autre fois par voie transvésicale. A Paris, le Dr Toupet intervint par voie vaginale élargie, en octobre 1922, puis en avril 1923; par voie transpéritonéo-vésicale après avoir pratiqué entre temps un double néphrostomie de dérivation que la malade porte encore. A l'examen, on constate que la vessie a une très petite capacité et que la fistule, grande comme une pièce de 1 franc, siège sur la paroi supérieure du vagin dans le cul-de-sac antérieur, contre le col utérin. Opération difficile en raison des cicatrices antérieures et de la rétraction de la vessie. Décollement des urèthres; dédoublement large des bords de la fistule; suture par trois plans au fil de lin et un plan au catgut; tubes de Marion à demeure, sans sonde urétrale. Les suites opératoires sont peu satisfaisantes; les urines continuent à passer par le vagin; la fistule persiste.

Le 10 janvier 1924, on doit pratiquer une néphrectomie gauche, après s'être aperçu que l'urèthre gauche avait été sectionné au cours des manœuvres pratiquées dans l'une des interventions précédentes. Le 5 avril 1924, on intervient de nouveau pour fermer la fistule par voie vaginale après cystostomie de dérivation. Après avoir décollé la cloison vésico-utérine et taillé un lambeau antérieur vaginal sous-urétral, on retourne ce lambeau qui est suturé au lambeau postérieur vésico-utérin, tandis que l'utérus abaissé et fixé,

col contre le céat urétral, recouvre toutes les surfaces cruentées.

Dernièrement, dans la statistique du service de LARDENOIS, à Reims, rapportée dans la thèse de MEYRAT sur des fistules traitées par voie transvésicale, nous ne trouvons qu'une observation de fistule juxta-cervicale.

Ainsi même, dans les mains de MARION, la cure des fistules juxta-cervicales par la voie transvésicale a donné des échecs (2 sur 8 cas), réparés par voie vaginale. C'est pourquoi nous nous demandons, en présence de nos trois réussites, si la voie transvésicale est bien indiquée pour ces larges fistules juxta-cervicales et si elle ne comporte pas plus d'aléas que la voie vaginale. D'autre part, si nous examinons les statistiques récentes d'AUTONOPOULOS, de BENGOLÉA et celles de la clinique gynécologique de Strasbourg, nous trouvons un plaidoyer en faveur de l'intervention par voie vaginale. Nous n'entrerons pas dans le détail de ces statistiques, mais à leur propos, nous nous permettrons de citer J.-L. FAURE.

Celui-ci, à la même séance de la Société Nationale de chirurgie où BENGOLÉA apportait sa statistique, dit :

« Il est indéniable que la voie abdominale présente une gravité qui ne connaît pas la voie vaginale et c'est pour cela que, sauf dans quelques cas exceptionnels, je reste et resterai fidèle à celle-ci. Je n'ai jamais employé la voie transvésicale et je n'en saurais parler; mais je pense, après l'avoir vue employer, que l'immense majorité des cas dans lesquels on y a recours,

guériraient plus simplement et à moins de frais par la voie vaginale. »

Ainsi, il nous semble que dans le cas de ces larges fistules juxta-cervicales, il ne faut pas mésestimer la voie vaginale.

Il nous paraît même qu'elle est la voie de choix, à la condition, d'être patient, de savoir attendre que le vagin soit rendu aisément abordable, en un mot d'instituer de longs et méticuleux soins pré-opératoires.

CONCLUSIONS

Cet exposé apporte une contribution à l'étude du traitement des larges fistules juxta-cervicales; celles-ci sont encore fréquentes en Afrique du Nord 3 cas dans le service de gynécologie en 1934.

Ces fistules nécessitent, particulièrement chez les femmes indigènes, des interventions radicales et non palliatives.

Le procédé d'autoplastie que nous avons décrit, utilisé dans trois cas, a donné trois succès. L'intervention consiste en une autoplastie réalisée à l'aide de la face antérieure du col utérin abaissé, dont le principe a été décrit par JOBERT de LAMBALLE en 1849.

La voie empruntée est la voie naturelle vaginale, qui nous paraît être la voie de choix pour traiter ces larges fistules juxta-cervicales, à la condition d'être précédée d'une longue période de soins pré-opératoires.

Notre but n'était pas de généraliser, d'appliquer ce procédé à toutes les fistules vésico-vaginales, loin de là, mais bien d'en préciser et d'en limiter seulement les indications aux larges fistules juxta-cervicales.

BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie citée se rapporte uniquement aux fistules juxta-cervicales.

A

AUTONOPOULOS. — « Traitement des fistules vésico-vaginales » (XLI^e Congrès Assoc. Chirurgie, 1932).

— « Presse Médicale », n^o 84, 19 octobre 1932.

B

BENGOLÉA. — « Valeur comparative des opérations pour fistules vésico-vaginales » (Communication à la Société nationale de Chirurgie, Paris ; Séance du 21 juillet 1928). « Bulletin et Mémoires de la Société ». T. LIV, n^o 25, 1928.

C

CABANES (E.). — In « Algérie Médicale », 1935, Numéro chirurgical.

CHOPART. — « Traité des maladies des voies urinaires ». Paris, 1821.

CONDAMIN. — Congrès de chirurgie, Paris, 1892 : « De la colpotomie antérieure comme opération préalable à la restauration des grandes fistules vésico-vaginales ». « Provence Médicale », Lyon, 1897, p. 75.

COURTY. — « Traité pratique des maladies de l'utérus », 1887.

— « Gynécologie », 1881.

D

DEROUBAIX. — « Traité des fistules uro-génitales chez la femme », Paris, 1870.

DOWMAN (E.-C.). — « The utilisation of the transposed uterus for the cure of extensive vésico-vaginal fistula » (Surg, Gynéco and obstetrics, Chicago, 1920, XXX, pp. 403-405).

DUBOUÉ. — « Mémoire sur l'emploi d'un nouveau procédé autoplastique à lambeaux ». Mémoire de la Société de Chirurgie, 1868, t. VI, pp. 417-510.

DUPIN (J.-L.). — « Quel est le meilleur traitement opératoire des fistules vésico-vaginales ? ». Résultats comparés des diverses méthodes. Thèse Bordeaux, 1906.

F

FAURE. — Société Nationale de chirurgie; Séance du 21 juillet 1928. — Bulletin et Mémoires de la Société. T. LIV, n° 25, 1928.

FAURE et SIREDEY. — « Traité de chirurgie médico-chirurgicale ».

FREUND. — « Eine neue operation zur Schliessung gewisser hamfisteen beim weibe ». Sammlung klein Wartrage. N. F. n° 118, 1895).

FORGUE. — In « Encyclopédie Française d'urologie ».

FORGUE et MASSABUAU. — « Gynécologie », 1926.

FRANK. — « Fistule vésico-vaginale traitée par opération combinée » (The American Journal of obstetrics, 1915, LXXII, p. 1032 et 1917 S. G.).

G

GARFUNKEL. — « Zur Küstner schenfisteloperation ». Zent. für. Gynaek » (1925, LXXV, 2.392).

GOURDET. — « Opérations des fistules vésico-vaginales sur un désenclaveur spécial » (Gazette Médicale de Nantes, 1^{er} septembre 1931, n° 21),

H

HARTMANN. — « Cure of vesico-vaginal fistula » (Closing by enterpossession of the uterus). « Acta gynecol. Scandinav. », Helsingfors, 1923, III, pages 101-103).

— « A propos du traitement des fistules vésico-vaginales » (Bulletin et Mémoire de la Sté de chirurgie de Paris, p. 907, 1903).

— « Gynécologie opératoire » 1933.

HÉGAR et KALTENBACH. — « Traité de gynécologie opératoire ».

J

JOBERT de LAMBALLE. — « Traité de chirurgie plastique », Paris, 1849.

JUDD (E.). — The operative treatment of vesico-vaginal fistulae », Surg. Gyn. and Obst., Chicago, 1920, XXX.

K

KULENKAMPF. — « Die operation der blasenscheiden fisteln ohne specula ». Zentral für Gynak., n° 30, 1927.

KUSTNER. — « Die plastische verwedung der portio supravaginales. Zum Verschluss von Blasenscheidenfisteln.

— « Zentral bl für Gebristch u Gynaak Stuttgart », 1902 p., 453.

— « Die operation de rBlasenscheidenfisteln unter Benutzung der Vorderen cervixwand ». Zeitscher f. Geburtsh u. Gynaak. Stuttgart, 1910, p. 603.

— « Die metroplatische operations methode der Blasencervixfisteln ». Zeitscher f. Ger u Gynaak. Stuttg. 1911, p. 402.

L

LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — « Traité médico-chirurgical de gynécologie », 1904-1914.

LA CHAPELLE (M^{me} de). — Paris, 1925, T. III, p. 405.

LEFORT. — « Fistules vésico-vaginales ». Thèse 1863.

LEGUEU. — « Valeur comparative des opérations de chirurgie », Paris, juillet 1928. Soc. Nat. de Chirurgie.

— « Traitement des fistules vésico-vaginales » (Le Concours Médical, 1925, p. 1.820).

M

MACKENRODT. — « Die operative behandlung grosser bläsenseleiden fisteln ». Centr. für Gynaak., 1894, p. 180.

MAIRE. — « Contribution à l'étude des fistules vésico-vaginales. Traitement par voie basse » (Thèse de Paris, 1926).

MARTIN. — Thèse, Paris, 1897.

MEYRAT. — Thèse, Paris, 1932.

MICHAUX. — Congrès français de chirurgie, 1892, p. 117.
VI^e Congrès de chirurgie.

MICOLIER. — « De l'opération combinée abdomino-vaginale dans le traitement des fistules vésico-vaginales ». (Thèse, Lyon, 1909).

P

PINSAN. — « La voie vaginale dans la cure opératoire des fistules vésico-vaginales » (Thèse de Bordeaux, 1929).

PETIT (J.-L.). — « Traité des maladies chirurgicales ». Paris, 1790, T. III, p. 87.

PINEAU (Sev.). — « Opus. phys. anat. », Paris, 1598.

QUÉNU. — « Bulletin de la Société de Chirurgie, 3 mars 1897.

— Thèse Martin, Paris, 1897.

R

ROSENTHAL. — « American Journal of obstetricis », vol. XXVII, 1893.

RICHELOT. — Société de chirurgie. 1900.

S

SOLMS (E.). — « Blasenfisteloperation mittels uterovaginalen interposition der Plica ». (Zent. für gynäk. Leipzig, 1920, XLIV, p. 1022 à 1027.

STURMDORF. — « Occlusion permanente d'une fistule vésico-vaginale incurable par tracheloplastie ». Surg. Gyn. and Obst., n° XII, 1925.

T

THOMSON. — « Verschluss grosser Blasen Scheiden cervix fisteln vermittels der corpus uteri ». Zentr. für Gynak., 1924, p. 2.566.

V

VERNEUIL. — « Mémoire de chirurgie », Paris, 1877. T. 1, p. 731. Des perfectionnements apportés à l'opération de la fistule vésico-vaginale par la chirurgie américaine.

VITRAC. — Congrès de chirurgie, 1900. Séance du 10 octobre.

VIOLLET. — Thèse, Paris, 1929.

VU : **Le Président de Thèse,**
CABANES.

VU : **Le Doyen,**
LEBLANC.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Alger, le 16 mai 1935.
Le Recteur,
HARDY.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	11
Plan	15
Historique	17
Les lésions anatomiques dans les fistules juxta-cervicales	22

PREMIÈRE PARTIE

A) Les procédés utilisant le col de l'utérus	30
B) Les procédés utilisant les faces de l'utérus	42

DEUXIÈME PARTIE

Quand doit-on intervenir	52
Soins pré-opératoires	53
Intervention	57
Soins post-opératoires	65
Les résultats de l'intervention	70
Les Critiques	75
Les avantages	76
Réflexions	76
Conclusions	81
Bibliographie	82

